

Tina Langaas

En utvidet modell for beskyttelsesmotivasjon

Kvantitativ studie av intensjonen om å la seg vaksinere mot svineinfluensa

Masteroppgave i risiko, miljø og sikkerhetspsykologi

Trondheim, oktober 2010



Forord

En pandemisk influensa er uforutsigbar både i betingelsen av tidspunkt for utbrudd, hastighet av spredning og omfang av skade. Utfordringen om å skulle kommunisere om en slik usikkerhet og samtidig berolige et publikum er en utfordring for helsemyndigheter. Av eksperter på område blir nivået av trusselen ved en pandemi vurdert gjennom et estimat av sannsynligheten om at negativ utfall kan forekomme. Folk flest besitter ikke den nødvendige vitenskapelig innsikten for gjøre seg en vurdering av argumentene om hvor sannsynlig noe slikt er. Vi må derav stole på de som gir oss informasjonen. I henseende av dette fant jeg det interessant å kunne studere hvordan folk under utbruddet av svineinfluensaen gjorde seg vurderinger om pandemiens trusselnivå. Hvordan ville vurderingen påvirke valget om å tilegne eller ikke tilegne seg den preventive atferden om å la seg vaksinere mot svineinfluensa?

Faglig sett har jeg utviklet meg enormt mye under arbeidet med denne masteroppgaven, og særskilt når det kommer til forståelse av hvordan å jobbe empirisk. Når jeg nå ferdigstiller oppgaven er jeg stolt av å på egen hånd ha utviklet måleinstrumentene for å analysere problemstillingene i denne studien. Det er mye etterpåklokskap jeg sitter igjen med som vil være konstruktivt i eventuelt fremtidig empirisk arbeid. Min oppriktige takknemlighet for den gode støtten under utarbeidelsen av masteroppgaven vil i første rekke gå til min veileder, Christian Klöckner. Ved å alltid være raskt tilgjengelig med gode og rikelige tilbakemeldinger har han utfordret meg til å løfte oppgaven til det nivået jeg selv best kunne. Videre vil jeg takke alle respondentene for deres villighet til å ta seg tid til å svare på spørreundersøkelsen. Til slutt, men ikke minst, går min takk til mine foreldre, Merethe og Terje Langass, og min samboer Øystein Hundseth, for å alltid ha vist sin gode støtte under frustrasjoner og gleder i prosessen om å ferdigstille oppgaven.

Trondheim, oktober 2010

Tina Langaas

Illustrasjonen på fremsiden er anvendt med tillatelse fra Tom Byermoen

Sammendrag

Intensjonen om å la seg vaksinere mot svineinfluensa har i denne oppgaven blitt tilnærmet med utgangspunkt i Ronald W. Rogers (1975, 1983) sin teori om beskyttelsesmotivasjon. Teorien beskriver adaptive og maladaptive responser til helserelaterte farer som et resultat av to kognitive vurderingsprosesser: trusselvurdering og mestringsvurdering. Det antas at mengde beskyttelsesmotivasjon fremkalt er en positiv funksjon av disse vurderingsprosessene. I tillegg legger teorien frem at vurderinger om eventuelle responskostnader ved det å tilegne seg en adaptiv atferd må være undertrykt gjennom en høy trussel- og mestringsvurdering. Responskostnader har i denne oppgaven blitt forstått som en egen prosess for trusselvurdering av det å la seg vaksinere. Trusselvurderingen av vaksinen antas å være uavhengig trusselvurdering av svineinfluensaen og mestringsvurdering. Gjennom en logistisk regresjonsanalyse viste resultatet seg i størst grad å samsvare med disse antagelsene. Et unntak var målet av mestringsstro som viste seg å være en negativ funksjon av intensjon. Resultatet gir allikevel god mening i forståelsen av dimensjonen som et mål på et fravær av responsbarriere.

Som mulige forklaring på hvilken retning trussel- eller mestringsvurdering av svineinfluensaen og vaksinen ville gå, har tendensen for optimistisk bias blitt kartlagt (gjennom en t- test) og testet sammen med tillit til ulike informasjonskilder i en multitippellineær regresjonsanalyse. Det fantes helt klart en optimistisk bias for å bli rammet av svineinfluensa (med både alvorlige og milde komplikasjoner) i datamateriale. Optimistisk bias viste seg for å kunne være en barriere for tilegnelsen av en adaptiv atferd ved å opptre som en følge av en høy trusselvurdering av vaksinen. Tillit blir forstått som et verktøy for å lettere gjøre avgjørelser og handle deretter selv i fravær av en komplett kunnskapsforståelse om en usikker situasjon. Den endelige trussel- og mestringsvurderingen av svineinfluensaen viste i flere tilfeller å være reflektert av tillit til ulike informasjonskildene, og derav tett tilsvare målet av intensjonen om å la seg vaksinere. Påvirkningen av tillit har sammenheng med hvilken rolle de ulike kildene har i informasjonsprosessen om svineinfluensaen.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1.1 Interesseområde	1
1.2 Etablering av svineinfluenzaen.....	1
1.3 Situasjonen rundt vaksinerings	2
1.4 Problemstilling.....	3
2 Teori	5
2.1 Sentrale begreper og teoretisk struktur	5
2.2 Beskyttelsesmotivasjon teorien	5
2.2.1 Bakgrunn for beskyttelsesmotivasjon teorien.....	6
2.2.2 Videreutvikling av beskyttelsesmotivasjon teorien	7
2.2.3 Strukturen og dimensjonene i beskyttelsesmotivasjon teorien.....	8
2.2.4 Belønninger, responskostnader og mestringstro.....	10
2.2.5 Beskyttelsesmotivasjon modellen i lys av tidligere funn	11
2.3 Optimistisk bias	12
2.3.1 Optimistisk bias og beskyttelsesmotivasjon	14
2.4 Tillit til informasjonskilder	15
2.4.1 Faktorene i persepsjonen av tillit til informasjonskilder	16
2.4.2 Risikoinformasjon gitt av ulike kilder.....	17
2.5 Sammenfatning av teori	19
3 Metode	22
3.1 Utvalg.....	22
3.1.1 Utvalgsmetode	22
3.2 Demografiske variabler og utvalgsspredning av svineinfluenza og vaksinerings	23
3.3 Operasjonalisering av beskyttelsesmotivasjon	25
3.4 Operasjonalisering av optimistisk bias	27
3.5 Operasjonalisering av tillit til ulike kilder	28
4 Resultat	30
4.1 Analysestrategi	30
4.2 Test av måleinstrumentene for beskyttelsesmotivasjon.....	31
4.2.1 Intensitetsvurdering og sårbarhetsvurdering av svineinfluenzaen	32
4.2.2 Intensitetsvurdering og sårbarhetsvurdering av vaksinen	33
4.2.3 Responseeffekt og mestringstro.....	34

4.3 Felles faktoranalyse med alle dimensjonene for beskyttelsesmotivasjon	35
4.4 Test av måleinstrumentene for tillit til ulike kilder	39
4.5 Felles faktoranalyse med alle dimensjonene for tillit til ulike kilder	40
4.6 Paret T- test med indikatorene for optimistisk bias	43
4.7 Logistisk regresjon av beskyttelsesmotivasjon	43
4.7.1 Logistisk regresjon med gjennomsnittskårer	44
4.7.2 Logistisk regresjon med faktorskårer	46
4.8 Mulig påvirkning av forklaringsfaktorene på beskyttelsesmotivasjon	47
4.9 Sammenfatning av resultater	49
5 Diskusjon.....	51
5.1 Lav oppslutning om å la seg vaksinere mot svineinfluensa	51
5.2 Intensjonen om å la seg vaksinere, vurdert gjennom BMT	51
5.2.1 Beskyttelsesmotivasjon i lys av tidligere teori	53
5.2.2 Metodiske implikasjoner	55
5.3 Påvirkning av optimistisk bias og tillit på dimensjonene for beskyttelsesmotivasjon ...	56
5.3.1 Optimistisk bias	57
5.3.2 Optimistisk bias og beskyttelsesmotivasjon	57
5.3.3 Tillit til informasjonskilder og beskyttelsesmotivasjon	58
5.3.4 Metodiske implikasjoner	60
5.4 Konklusjon	61
Referanseliste.....	63
Vedlegg 1 Test av måleinstrumenter for BM	68
Vedlegg 2 Felles faktoranalyse av BM.....	74
Vedlegg 3 Test av måleinstrumenter for tillit	75
Vedlegg 4 Felles faktoranalyse av tillit	79
Vedlegg 5 Spørreskjema.....	80

Tabeller og figurer

Tabell 1 Fordeling av aldersgrupper.....	22
Tabell 2 Studentfordeling	23
Tabell 3 Demografiske variabler og utvalgsspredning av svineinfluensa og vaksinerings24	
Tabell 4 Måleinstrumenter for BM, gjennomsnittskårer og standardavvik.....	26
Tabell 5 Måleinstrumenter for optimistisk bias, gjennomsnittskårer og standardavvik	28
Tabell 6 Måleinstrumenter for tillit til ulike kilder, gjennomsnittskårer og standardavvik.....	29
Tabell 7 Test av måleinstrumenter for beskyttelsesmotivasjon	31
Tabell 8 Antall faktorer å trekke ut for rotasjon i faktoranalysen av BM	36
Tabell 9 Mønstermatrise av hovedkomponentanalysen for BM (N= 462).....	37
Tabell 10 Test av måleinstrumenter for tillit til ulike kilder.....	39
Tabell 11 Antall faktorer å trekke ut for rotasjon i faktoranalysen av tillit til ulike kilder	40
Tabell 12 Mønstermatrise av hovedkomponentanalysen for tillit til ulike kilder (N= 483).....	41
Tabell 13 Gjennomsnittskåre for dimensjonen tillit til media (N= 493).....	42
Tabell 14 Paret t- test med indikatorene for optimistisk bias	43
Tabell 15 Logistisk regresjon med gjennomsnittskårer, regresjonskonstant = -.71 (N=365) ..	45
Tabell 16 Logistisk regresjon med faktorskårer, regresjonskonstant = -.73 (N=338)	46
Tabell 17 Lineær regresjon med tillit og optimistisk bias på BM (N= 334)	47
Figur 1 Beskyttelsesmotivasjons teorien (Norman et al., 2005, s. 85).....	10
Figur 2 Utvidet modell for beskyttelsesmotivasjon	50

1 Innledning

1.1 Interesseområde

I utviklingen av en pandemisk influensa har myndigheter på et nasjonalt og globalt nivå store utfordringer i henseende av hvordan å kommunisere om sannsynligheten for at uvelkomne utfall kan forekomme. I mangel på kunnskap om vitenskapelige konstruksjoner kan det være vanskelig for det vanlige folk å forstå ekspertenes mål på sannsynligheter. Det kritiske formålet med den gitte informasjon under en pandemi blir å kunne oppfordre folk til å handle preventivt mot spredningen av et influensavirus ved å vaksinere seg. De færreste av oss besitter den nødvendige og komplekse kunnskapen for å kunne gjøre en rasjonell vurdering om den faktiske effekten ved en vaksineringskampanje. Og likeså har de færreste av oss den nødvendige vitenskapelige innsikten for å kunne vurdere hvor stor trussel en pandemisk influensa egentlig er for en selv og resten av samfunnet. Tillit til de som gir oss informasjon er derfor en viktig faktor for hvor valid og reliabel den gitt informasjonen oppfattes for å være og hvordan vi deretter velger å handle. Før problemstillingen for denne oppgaven vil bli presentert nærmere vil jeg her beskrive etableringen av svineinfluensaen og situasjonen rundt vaksineringskampanjen slik den artet seg her til lands.

1.2 Etablering av svineinfluensaen

Smitteverneksperter vet at vi mellom to og fire ganger hvert århundre har pleid å få utbrudd av svært smittsomme og til dels kraftige influensavirus. Influensavirus er noe som stadig er i endring og i de fleste tilfellene er endringene små. Om vinteren blir ofte 5- 10 % av Norges befolkningen syke av vanelig sesonginfluensa (Folkehelseinstituttet, 2010). Noen ganger dannes det derimot helt nye virus som kan være opphav til en pandemisk influensa dersom det smitter lett og er svært ulikt tidligere virus. Dette kan skje ved at influensavirus hos mennesker blandes med influensavirus hos dyr eller ved at f. eks fugleinfluensavirus forandrer seg over tid. Sykdommen vil spres raskt om i verden da få vil være motstandsdyktige mot det nye viruset og det antas i verste fall at halvparten av befolkningen vil bli syke og inntil 25 % vil bli sengeliggende (Folkehelseinstituttet, 2010). Man må regne med flere dødsfall enn ved vanelig sesonginfluensa og et langt sterkere press på helsetjenesten. Verdens helseorganisasjon overvåker influensasituasjonen hvert år og mottar rapporter fra hele verden om mulige tegn på pandemiutvikling. Da det 24. april 2009 ble funnet influensalignende sykdomstilfeller i USA og Mexico så Verdens helseorganisasjon på situasjonen for å være av stor bekymring av tre grunner (World Health Organization, 2010). For det første fordi

smittetilfellene nettopp var assosiert med et influensavirus fra dyr, her gris. For det andre på grunn av den geografiske spredningen av smitte, smitten hadde blitt oppdaget i tre separerte områder i Mexico. Og for det tredje viste en noe uvanelig tendens seg, nemlig at majoriteten av de smittede var friske unge mennesker. Viruset fikk tilnavnet svineinfluensa og viste seg å spre seg raskt til flere land og situasjonen ble erklært som pandemisk kort tid etter de første rapportene (World Health Organization, 2010). En økende forekomst av influensalignende sykdom ble her til lands registrert mot slutten av juli 2009 og ut til midten av september (Folkehelseinstituttet, 2010). I slutten av oktober skyter en ny influensabølge fart og i november når den sitt toppunkt med et anslag om at over 100.000 nordmenn hittil hadde hatt sykdommen og innen nyåret hadde 29 dødsfall vært knyttet til infeksjon av det nye viruset (Folkehelseinstituttet, 2010).

1.3 Situasjonen rundt vaksinerings

I kjølevannet av at svineinfluenzaen etablerte seg i Norge økte også etterspørselen etter en vaksine. De første vaksinedosene kom på plass i oktober og var forbeholdt de som befant seg i en av Folkehelseinstituttets definerte risikogrupper. Deretter oppfordret helsemyndighetene alle til å vaksinere seg som den beste beskyttelsen mot en pandemisk influensa, ved siden av anbefalte forhåndsregler om god hygiene. Samtidig understrekte myndighetene at for de fleste ville influensaen være mild (Folkehelseinstituttet, 2010), de færreste ville bli alvorlig syke og i sjeldnere tilfeller ville viruset være dødelig. Formålet var likeså å beskytte seg selv som å beskytte andre, og da spesielt de som ville være mer sårbare. Hvis en tilstrekkelig del av befolkningen ble vaksinert ville utbredelsen av viruset kunne bremses. I tillegg var det viktig å opprettholde en tilstrekkelig beredskap, og da særlig i helsetjenesten, om situasjonen skulle bli til det verre.

Ut desembermåned og inn på nyåret av 2010 var influensatendensen fremdeles høy, men synkende. For å forebygge at en tredje bølge vil kunne blusse opp sammen med den vanlige influensasasjonen vi hadde fremfor oss oppfordret myndighetene fremdeles alle til å vaksinere seg (Folkehelseinstituttet, 2010). Pågangen på de enkelte legekantorene rundt i landet hadde vært ekstrem stor de siste månedene. Derfor ble folk symptomdiagnostisert over telefon med sin lege og andre gjorde en vurdering av sykdomssymptomene på egen hånd. Det er kun et utvalg av legekantorer rundt i landet som sender inn laboratoriske prøver som en del av et overvåkningssystem for utviklingen av en pandemi. Det var derfor vanskelig å konkret

kunne si hvor mange som egentlig hadde påvist svineinfluensa. Gjennomgått sykdom forårsaket av det nye influensaviruset kunne ha gitt beskyttende immunitet, mens annen influensa/influensaliknende sykdom ikke ville gi noe immunitet (Folkehelseinstituttet, 2010). I og med at de fleste ikke sikkert ville vite hvilke influensavirus som hadde gitt sykdom, eller om sykdommen skyldes andre virus eller annen smitte, mente myndighetene at det sikreste var å ta vaksinen uansett gjennomgått sykdom hvis man ønsket å beskytte seg.

Norske myndigheter fikk mye kritikk for en dårlig tilrettelegging av massevaksineringen de satte i verk (VG, 2009). Folk virket å være noe forvirret over informasjonen de fikk. Gjennomgått svineinfluensa kunne gi immunitet, men jeg skulle allikevel ta vaksinen? De første vaksinedosene var forbeholdt hvem? Er jeg en av dem? Hvor kan jeg ta vaksinen? Når kan jeg ta vaksinen? Samtidig ble det satt et kritisk blikk på selve risikoen ved det å vaksinere seg og usikkerheten ble ikke noe mindre. Utvikling og produksjon av en vaksine mot en pandemisk influensa tar tid og kan ikke starte for alvor før en kjenner viruset som gir sykdommen (Folkehelseinstituttet, 2010). Argumentene mot vaksinering var med det blant annet at vaksinen ikke var utprøvd i stor nok skala og kunne derfor ha ukjente bivirkninger (VG, 2009). Andre argument var at vaksinen inneholdt helsefarlige stoffer, blant annet kvikksølv, og egg, hvor det sistnevnte ville være et problem for allergikere. Noen hadde konspirasjonsteorier om at leggemiddelindustrien ønsket å tjene penger (VG, 2009). Og motargumentet kunne være at folk så situasjonen som overdrevet av enten media eller myndighetene, eller begge deler. Selv om myndighetene hadde fremlagt alle sine argumenter for å vaksinere seg og kartlagt alle kjente bivirkninger av vaksinen virket det ikke til å motivere folk i den retningen de ønsket. Særsilt de i aldersgruppen 20- 29 år viste seg etter folkehelseinstituttet sine registreringer å ha lavest oppslutning om å la seg vaksinere. Samtidig var dette en av de aldersgruppene med flest laboratorisk bekreftede tilfeller av svineinfluensa (Folkehelseinstituttet, 2010).

1.4 Problemstilling

Den lave oppslutningen om å la seg vaksinere forteller at noen faktorer må ha stått i veien for motivasjonen til å tilegne seg helsemyndighetenes anbefalte respons. Å motivere mennesker til å handle for å beskytte seg selv og andre setter blant annet søkelys på rollen spilt av frykt, optimistisk bias og tillit til gitt informasjon. Disse tre faktorene har i denne oppgaven blitt undersøkt nærmere gjennom en spørreundersøkelse med studenter i Trondheim.

Det teoretiske utgangspunktet for hvordan motivasjonen til å la seg vaksinere har blitt tilnærmet i denne oppgaven grunner i teorien om beskyttelsesmotivasjon (eng.: protection motivation theory) fremlagt av Ronald W. Rogers (1975). En stor kilde for motivasjon til å ta en beskyttende atferd er å ville unngå de uhyggelige konsekvensene ved å ikke ta handling. Dette er også grunntanken i beskyttelsesmotivasjon teorien og den fremlegger at for at vi skal kunne motiveres til å gjennomføre en adaptiv respons må vi først ha tiltro til at det finnes en trussel og derav tiltro til gjennomføringen av en anbefalt respons. Frykt opererer som en medierende variabel langs en trusselvurdering og mestringsvurdering av den potensielle faren. I tilfelle med vaksinasjon mot en pandemisk influensa finnes det samtidig en viss trusselvurdering av den anbefalte responsen. Det å vaksinere seg kan være forbundet med ulike negative utfall i seg selv. Jeg har derfor valgt å tilføye en egen dimensjon for trusselvurdering av selve vaksinen, ved siden av en trusselvurdering av svineinfluensaen og mestringsvurdering, i anvendelse av beskyttelsesmotivasjon teorien.

Med utgangspunkt i beskyttelsesmotivasjon teorien har forståelsen for motivasjonen til å la seg vaksinere blitt supplert med faktorene optimistisk bias og tillit til ulike informasjonskilder. Optimistisk bias (Weinstein, 1980) er tendensen om at mennesker finner seg selv mindre sannsynlig til å erfare negative utfall enn andre. I denne oppgavens kontekst om motivasjonen til å la seg beskytte mot svineinfluensa, ses optimistisk bias som en høyst aktuell tendens å kunne kartlegge som en mulig forklaringsfaktor for trusselvurdering og mestringsvurdering. Det vil samtidig bli lagt vekt på rollen spilt av tillit til gitt informasjon fra ulike kilder. Farer i dagens samfunn blir i stor grad opplevd gjennom gitt informasjon og i denne betydning er derfor risikopersepsjon en refleksjon av tillit til gitt informasjon. Samtidig er tillit til gitt informasjon essensielt for at kommunikasjon skal være effektiv i å oppmuntre folk til å tilegne seg forebyggende atferd. Persepsjonen av tillit blir forstått gjennom Renn og Levine (1991) sine fremlagte komponenter for dannelsen av tillit. Det har blitt fokusert på fem ulike kilder som kunne ha spilt en rolle i studentenes kunnskapsforståelse av svineinfluensaen: Tv/radio, aviser, myndighetenes nettsider, skole og familie/jevnaaldrende. Om tillit til informasjonskildene vil ha noe betydning for trussel- og mestringsvurdering av svineinfluensaen vil avslutningsvis bli kartlagt som mulige forklaringsfaktorer for beskyttelsesmotivasjonen.

2 Teori

2.1 Sentrale begreper og teoretisk struktur

Forståelsen for dannelsen av intensjonen om å la seg vaksinere mot svineinfluensa har i denne oppgaven tatt utgangspunkt i Ronald W. Rogers teori om beskyttelsesmotivasjon (1975, 1983). For at vi skal ha motivasjon til å beskytte oss selv blir det gjennom teorien lagt frem at vi må ha tiltro til at det faktisk finnes en fare som er stor nok (intensitet), at vi er sårbar ovenfor faren (sårbarhet), at effekten ved en anbefalt beskyttelsesrespons er effektiv (responseeffekt) og at vi er i stand til å kunne gjennomføre beskyttelsesresponsen (mestringstro). Samtidig må oppfatningen av eventuelle barrierer eller kostnader ved det å tilegne seg en anbefalt respons (responskostnader) være undertrykt gjennom en sterk tiltro til de førstnevnte dimensjonene. Teoridelen vil følgelig starte med en redegjørelse for beskyttelsesmotivasjons teoriens utvikling og dens empiriske anvendelse. For en utvidet forståelse av beskyttelsesmotivasjon teorien vil fokuset rette seg videre mot tendensen om optimistisk bias og tillit til ulike informasjonskilder. Forklaringsfaktorene antas å kunne påvirke hvilken retning de fremlagte beskyttelsesmotivasjon dimensjonene vil kunne gå. Optimistisk bias blir forstått som en mulig determinator for hvorfor responsen om å ikke la seg vaksinere trer frem, ved å særskilt kunne redusere intensitet- og sårbarhetsvurdering. Da vi i stor grad tilegner oss kunnskap om dagens farer gjennom gitt informasjon blir tillit til informasjonskilder sett som en viktig forklaringsfaktor for beskyttelsesmotivasjon. Tillit blir forstått som et verktøy for å redusere kompleksitet når vi mangler en komplett kunnskapsforståelse om en usikker situasjon. Tillit til ulike kilder vil kunne avgjøre hvordan vi oppfatter faren, forstått gjennom trussel- og mestringvurdering, og tett tilsvare intensjonen om å (ikke) la seg vaksinere mot svineinfluensa.

2.2 Beskyttelsesmotivasjon teorien

Beskyttelsesmotivasjon teorien (BMT) ble utviklet av Ronald W. Rogers (1975) for å danne en konseptuel forståelse av forholdet mellom fremkallelsen av frykt og holdningsformasjon. Historisk sett har frykt begrepsmessig blitt forklart ved en følelsesmessig tilstand som beskytter en selv mot fare, eller en motivasjonsfaktor som leder en bort fra en uønsket hendelse (Freud, 1936). Dette er også grunntanken i BMT da den i korte trekk sier at fryktfremkallende stimuli søker mot å eliminere mønstre som kan produsere uønskede konsekvenser eller å etablere mønstre som kan beskytte en selv mot den uønskede hendelsen (Rogers, 1975). En senere versjon av modellen (Rogers, 1983) gir en mer generell

redegjørelse av innflytelsen ved overtalende kommunikasjon, med vekt på kognitive prosesser som megler for atferds forandring. Teorien har for det første blitt anvendt som et rammeverk for å utvikle og evaluere overtalende kommunikasjon. Og for det andre som en sosial-kognisjons modell for å kunne forutsi om en helsefremmende atferd vil kunne oppstå gitt at vi vet en persons trussel- og mestringsvurdering. Og det er også dette siste som vil være målsetningen for anvendelsen av teorien i denne oppgaven.

2.2.1 Bakgrunn for beskyttelsesmotivasjon teorien

Formuleringen av BMT vokste ut fra forskning gjort om fryktappell som fokuserte på hvordan kommunikasjon med mål om å forandre vår atferd kunne oppstå ved å appellere til følelsen av frykt (Rogers, 1975). Utgangspunktet for forskning gjort om dette baserte seg på fremstillingen av at gitt informasjon med fryktfremkallende stimuli ville motivere mottakeren til å redusere den ubehagelige følelsen som ville oppstå (Hamilton & Hunter, 1998). Hvis den gitte informasjonen samtidig inneholdt ulike råd om at en særskilt atferd kunne redusere trusselen ble det antatt at også frykten ville bli redusert. På bakgrunn av dette ville sjansen for at den anbefalte atferden skulle ta form bli forsterket. Innenfor fagområdet om fryktappell var det en bred aksept om at frykt var en stimulus bestående av flere fasetter. Rogers (1975) mente derimot at det hadde vært liten progress i å formulere en teoretisk fremstilling som identifiserte de relevante stimulusvariablene i fryktappell og likeså deres kognitivt meglende effekt. BMT ble utviklet for å danne en konseptuel klarhet i arbeidet gjort om fryktappell.

Den originale formuleringen av BMT baserte seg på tidligere arbeidet gjort av Hovland, Janis & Kelly (1953). Disse hadde fremlagt antagelsen om at det fantes tre ulike stimuli variabler i fryktappell: 1) omfanget av skaden, eller intensiteten ved hendelsen, 2) sannsynligheten for at hendelsen kunne oppstå hvis anbefalt respons ikke ble tilegnet og 3) den anbefalte responsens evne til å redusere eller eliminere trusselen. Disse variablene inkluderte Rogers (1975) i BMT og la til at hver stimulus variabel innleder en samsvarende kognitivt medierende prosess. Følgelig vil omfanget av skadeligheten ved en hendelse innlede persepsjonen av 1) intensitet, sannsynligheten for at en hendelse vil oppstå innleder persepsjonen av 2) sårbarhet og til sist vil tilgjengeligheten av en effektiv mestringsrespons innlede persepsjonen av 3) responseffekt. Persepsjonene fremkaller mengde beskyttelsesmotivasjon (avgjørelsen om å følge den anbefalte responsen). Beskyttelsesmotivasjon er ved det den proksimale determinatoren for beskyttende atferd ved å fremkalle, opprettholde og dirigere atferd (Rogers, 1975)

En sentral diskusjon i forskningen gjort om fryktappell handlet om hvorvidt frykt i seg selv kunne påvirke holdning og atferd eller om effekten av fryktappell var mer indirekte (Norman, Boer & Seydel, 2005). Formuleringen av BMT hevder at atferds forandring er indirekte mediert av frykt, som en funksjon av mengden beskyttelsesmotivasjon fremkalt av de kognitive vurderingsprosessene (Rogers, 1975). Hovedvekten i teorien ligger på de kognitive prosessene for å kunne mestre og å unngå en uønsket hendelse, heller enn det å skulle flykte fra følelsen om frykt. Den følelsesmessige tilstanden av frykt påvirker derfor ikke holdning og atferd direkte, men indirekte gjennom en vurdering av faren (Rogers, 1983). De kognitive vurderingsprosessene medierer frem effekten av fryktappell i en gitt beskjed og derav fremkaller mengde beskyttelsesmotivasjon.

2.2.2 Videreutvikling av beskyttelsesmotivasjon teorien

I 1983 reviderte Rogers BMT til å være en mer generell teori om innflytelsen av fryktappell i overtalende kommunikasjon og påvirkningen av de underliggende kognitive medieringsvariablene. Teorien inkluderte en bredere formulering av faktorene for tilegnelsen av risikoinformasjon som kunne innlede til de kognitive vurderingsprosessene (Rogers, 1983). Ved siden av fryktappell i overtalende kommunikasjon ble det lagt vekt på at andre faktorer slik som observasjonslæring (å se hva som skjer med andre), personlighet eller tidligere erfaringer kunne likeså være kilder for trusselinformasjon og innlede til de kognitive vurderingsprosessene (Rogers & Prentice- Dunn, 1997).

De ulike faktorene eller kildene for informasjon om trusler i våre omgivelser innleder til to uavhengige vurderingsprosesser, nemlig trusselvurdering og mestringsvurdering (Rogers, 1983). Trusselvurdering og mestringsvurdering resulterer derav i intensjonen om å utføre en adaptiv respons eller det leder mot maladaptive responser. En respons blir betegnet som adaptiv hvis den handler etter de fremlagte anbefalningene om at en viss atferd vil kunne redusere en trussel. Hvis det å følge den adaptive responsen derimot ikke leder mot et redusert nivå av frykt, eller om gitt informasjon ikke inneholder spesifikke råd om en anbefalt atferd, vil alternative såkalte maladaptive mestringsresponser, slik som fornektelse eller unngåelse, bli tilegnet med den funksjon om å redusere nivået av frykt (Norman et al., 2005). Mestringsresponser blir merket som maladaptive når de da ikke handler direkte med trusselen og plasserer individet i en helsefare (Rogers & Prentice- Dunn, 1997). Maladaptive responser

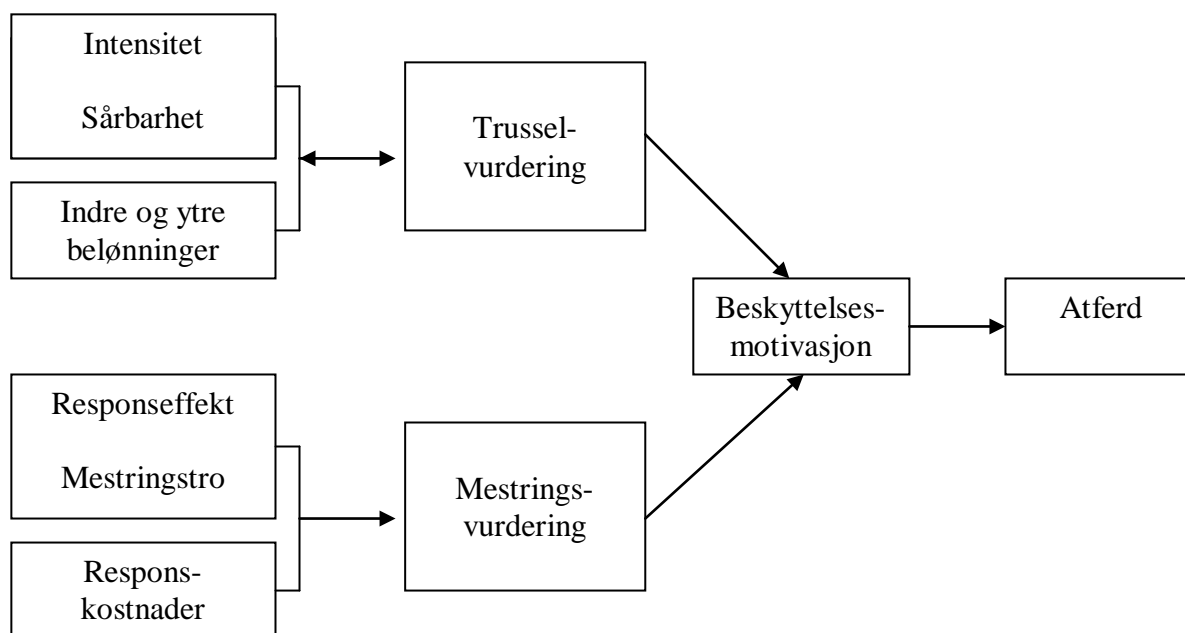
vil gi en svekket eller forstyrret tilpasning til en potensiell fare. Strukturen og dimensjonene for trussel- og mestringsvurdering vil bli presentert nærmere nedenfor og figur 1 viser en skjematisk fremstilling av dette.

2.2.3 Strukturen og dimensjonene i beskyttelsesmotivasjon teorien

Som den første av de to vurderingsprosessene er det trusselvurdering som fremtrer, en trussel må bli identifisert eller oppfattet før en kan evaluere hvordan å mestre med trusselen. Analytisk sett fokuserer trusselvurdering på kilden til faren. Trusselvurdering angår prosessen om å evaluere komponentene som er relevant for individets persepsjon av hvor truende han eller henne føler seg. Komponentene som fanger opp trusselvurderingen er persepsjonen av intensitet, sårbarhet og belønninger (Rogers, 1983). Intensitetsvurdering er estimatet av alvorret og omfanget ved en trussel. Persipert intensitet forstås som et multidimensjonalt konstrukt da den kan bli vurderte både i termen av den fysiske skaden, psykososiale skaden (f. eks redusert selvtillit) og den sosiale skaden (negativ påvirkning på familie eller arbeidsforhold) (Rogers & Prentice- Dunn, 1997). Sårbarhetsvurdering er estimatet av ens sjanse til å bli inntruffet av faren gitt at ingen adaptiv atferd blir utført. Analytisk sett fokuserer persepsjonen av sårbarhet på estimatet av ens sannsynlighet for å bli rammet av en fare i fremtiden og ens estimat av sårbarhet på basis av tidligere og nåværende atferd. Frykt spiller fremdeles en indirekte rolle i påvirkningen av holdningsforandring og atferd via den kognitive vurderingen av intensitet og sårbarhet (Rogers, 1983). Frykt megler mellom intensitet og sårbarhet på den ene siden og nivået av trussel på den andre siden (Norman et al., 2005). Altså vil høyere nivå av frykt tre frem hvis et individ oppfatter trusselen for å være av høy intensitet og en selv for å være særdeles sårbar mot å bli rammet. Følgelig vil motivasjonen til å tilegne seg en adaptiv respons øke og undertrykke sannsynligheten for fremtredelsen av en maladaptiv respons. Derimot kan indre og ytre belønninger, slik som fysisk tilfredsstillelse eller sosial godkjenning, øke sannsynligheten for å allikevel tilegne seg en maladaptiv respons (Rogers, 1983). For eksempel kan en røykers oppfatning om at røyking gjør sosial interaksjon lettere kunne overskygge trusselvurderingen. Gjennom BMT antydes det heller ikke at avgjørelsestageren er rasjonell (Rogers, 1983). En annen forklaring på hvorfor trusselvurderingen kan bli overskygget er tendensen om optimistisk bias og da spesielt i forhold til sårbarhetsvurdering (Helweg-Larsen & Shepperd, 2001). Det vil si at en person finner seg selv mindre sannsynlig til å oppleve negative hendelser og mer sannsynlig

til å oppleve positive ting enn andre (Weinstein, 1980). Tendens er stødig innenfor mye psykologisk forskning og vil bli nærmere presentert senere i denne oppgaven.

Mestringsvurdering fokuserer på de anbefalte mestringsresponsene for å handle med en trussel. Komponentene som fanger opp mestringsvurdering er persepsjonen av responseffekt, mestringstro (eng.: self-efficacy) og responskostnader (Rogers, 1983). Responseffekt er troen om at den anbefalte mestringsresponsen vil være effektiv i å kunne redusere trusselen. Mestringstro er troen på ens egen evne og innsats for å kunne håndtere en potensiell trussel gjennom den adaptive responsen. Høy vurdering av responseffekt og mestringstro vil resultere i en økt sannsynlighet for å tilegne seg den adaptive responsen. Faktorer som vil kunne undertrykke tilegnelsen av den adaptive atferden er estimatet av responskostnader eller barrierer ved det å tilegne seg den adaptive responsen. Dette kan f. eks være ubeleilighet, utgifter, ubehag, bivirkninger og lignende. Mestringsvurdering er summen av responseffekt og mestringstro, minus fysiske eller psykiske responskostnader ved det å tilegne seg en anbefalte beskyttelses respons. Dimensjonen mestringstro ett nytt og viktig tilleggskomponent i den reviderte versjonen. BMT skiller seg ut blant andre rivaliserende helsesrelaterte teorier, the health belief modell (Becker, 1974), subjective expected utility theory (Edwards, 1962) og the theory of reasoned action (Ajzen & Fishbein, 1977), ved å være alene om å eksplisitt referere til mestringstro (Weinstein, 1993). Dimensjonen ble lagt til som en determinant for beskyttelsesmotivasjon da Bandura (1982) hadde lagt frem at alle prosesserer for holdningsforandring er mediert av forandringer i individets følelse av mestringstro eller beherskelse. Ifølge Bandura vil den kognitive vurderingen av mestringstro avgjøre om en atferd vil bli innledet, hvilke atferd som vil bli tilegnet, hvor mye anstrengelse som vil bli satt i verk og hvor lenge atferden vil vedvare. Forskningen har vist at mestringstro er en viktig påvirker for motivasjon, kognisjons og følellesprosesser og er et særskilt viktig komponent for hvilken som helst teori om helsesrelatert atferd (Stanley & Maddux, 1986; Schwarzer, 1992).



Figur 1 Beskyttelsesmotivasjons teorien (Norman et al., 2005, s. 85)

Oppsummert er mengden av beskyttelsesmotivasjon fremkalt en funksjon av prosessene for trusselvurdering og mestringsvurdering. Motivasjonen om å beskytte seg selv fra fare antas gjennom teorien for å være en positiv lineær funksjon av de fire vurderingsprosessene (Rogers, 1983): 1) intensitet, 2) sårbarhet, 3) mestringstro og 4) responseeffekt. For at beskyttelsesmotivasjon skal kunne nå helt frem må samtidig persepsjonen av trussel og mestring veie opp for eventuelle responsbelønninger og kostnader. Beskyttelsesmotivasjon må av det være en negativ funksjon av persepsjonen av belønninger og kostnader (Rogers, 1983). Beskyttelsesmotivasjon blir antatt å måles best ved intensjonen om å utføre en gitt atferd (Rogers, 1983; Floyd, Prentice- Dunn og Rogers, 2000). Beskyttelsesmotivasjon blir av det behandlet synonymt med intensjon og fungerer som en nøkkelmegler i forholdet mellom atferd og trussel- og mestringsvurdering.

2.2.4 Belønninger, responskostnader og mestringstro

De ulike beskyttelsesmotivasjon dimensjonene har ikke blitt anvendt i like stor grad i alle typer studier. De dimensjonene som har blitt anvendt i størst grad er intensitet, sårbarhet, responseeffekt og mestringstro. Responseeffekt har i liten grad blitt målt og dimensjonen som omhandler indre og ytre belønninger har blitt anvendt i en desto mindre grad (Miln, Sheeran, & Orbell, 2000; Norman et al., 2005; Rogers & Prentice- Dunn, 1997). Dette fordi operasjonaliseringen av belønninger har vist seg å vanskelig kunne skilles fra responskostnader (Norman et al., 2005). Belønningene assosiert med en maladaptiv respons

har ingen klar konseptuell distanse fra kostnadene om å tilegne seg en adaptiv respons. Responskostnadene ved den adaptive atferden kan bli forstått som belønninger ved å ikke tilegne seg denne atferden (Norman et al., 2005). Samtidig har målet for mestringstro vist seg å bli forvekslet med barrierer individet forventer å møte på (Weinstein, 1993, Rogers & Prentice-Dunn, 1997). Tradisjonelt sett blir mestringstro vurdert gjennom spørsmål som referer til problemer individet forventer å møte på i utførelsen av en adaptiv atferd og tvil om ens egen evne til å forandre et nåværende atferdsmønster. En svak mestringstro kan også være et resultat av høyt persiperte responskostnader (Rogers & Prentice-Dunn, 1997). Weinstein (1993) skiller fenomenene konseptuelt fra hverandre ved å poengtere at det å spørre om ulike fordeler ved en respons vil veie opp for eventuell kostnader (responskostnader) er ulikt fra det å spørre om et forsøk på å gjennomføre responsen, fordi det kan feiles, faktisk er gjennomførbart idet hele tatt (mestringstro).

2.2.5 Beskyttelsesmotivasjon modellen i lys av tidligere funn

Majoriteten av empiriske studier finner en signifikant positiv assosiasjon mellom trussel- og mestringsevne og atferd, men effektens størrelse blir funnet for å være liten. Dette vises gjennom metanalyser gjort av Floyd et al. (2000) og Milne et al. (2000). Effekttørrelsen av trusselvurdering var av små til medium effekt og mestringsevne av medium til stor effekt. Mestringsevne ble funnet for å ha større predikativ validitet enn trusseldimensjonene på intensjon. Mestringstro legges frem for å utgjøre den sterkeste predikasjonen av beskyttelsesmotivasjon. Floyd et al. (2000) undersøkte også modellen ved å gjøre et skille mellom studiene som predikerte intensjon og de som predikerte atferd. Resultatet viste at både trussel og mestringsevne hadde større effekt med intensjon som avhengig variabel sammenlignet med atferd som avhengig variabel.

I noen tilfeller har det blitt funnet signifikante negative sammenhenger mellom beskyttelsesmotivasjon og atferd. Dette har blitt forklart som en defensiv unngåelsesrespons (Seydel, Taal & Wiegman, 1990) da individer som føler seg særlig sårbar til en helserelatert trussel kan ha et høyt nivå av angst og derfor tilegne seg maladaptive responser for å mestre frykten. Det er få empiriske bevis som støtter denne forklaringen da det er gjort lite forskning på forholdet mellom BM dimensjonene og maladaptive responser (Norman et al., 2005). En alternativ forklaring på de negative funnene har blitt lagt frem av Weinstein and Nicolich (1993) som foreslår at resultatet blir mistolket. Et negativ resultat er å forvente om mennesker

bruker deres nåværende atferd til å vurdere sårbarhet, en person som trener ofte vil kunne vurdere seg selv som mindre sårbar for å for eksempel utvikle lungekreft i fremtiden. På en annen side kan det være at de som for øyeblikket tar del i en helsebeskyttende atferd nettopp gjør dette fordi de ser seg selv som sårbar. De ser altså seg selv i utgangspunktet som sårbar, men atferden de nå har tilegnet beskytter en, og individet kan vurdere sårbarheten ut fra det sistnevnte. Det er vanskelig å frigjøre om persepsjonen av sårbarhet enten driver helsebeskyttende intensjon eller om disse intensjonene blir brukt for å trekke en slutning til persepsjonen av sårbarhet. Ved å skille mellom slike rivaliserende posisjoner i en undersøkelse kan dette derimot bli kontrollert for (Norman et al., 2005). Weinstein (1993) setter lys på problemet ved en statisk operasjonalisering av sårbarhetsvariabler. Når deltageren blir spurt om å estimere sin personlige sårbarhet til en trussel blir det som regel ikke gitt noe alternativ til om respondenten er klar over trusselen. Og sårbarhet kan selvfølgelig ikke bli personalisert før en trussel har blitt anerkjent. Brewer, Chapman & Gibbons (2007) legger frem problemet ved for ambisiøst betinget spørsmål. Spørsmålene kan være for ambisiøse ved å referere til mennesker generelt heller enn til respondenten personlig. Ved å sikte mot respondenten selv er estimatet mer sannsynlig til å være assosiert med atferd. Samtidig er feilen om å ikke sette tidsramme rundt de ulike estimatene et problem. Dette kan forstyrre risikopersepsjonens sanne forhold til beskyttelsesmotivasjon da respondentene svarer i forventning av ulike tidsperspektiv for å bli rammet.

Rollen av risikopersepsjon i utforming av holdning og atferd er et fundamentalt tema i helserelevante teorier. Temaet er derimot ikke avgjort og det er ikke bare BMT som kommer til kort om å finne svake effekter av risikopersepsjon (Norman & Conner, 2005). Imidlertid poengterer Milne et al. (2000) i sin metaanalyse av BMT at modellen fremdeles gir et nyttig bidrag til forståelsen av argumentene overtalende kommunikasjon burde bestå av for å kunne forandre intensjon og påfølgende atferd.

2.3 Optimistisk bias

Det at vi mennesker finner oss selv mindre sannsynlig til å oppleve negative hendelser og mer sannsynlig til å oppleve positive ting enn andre er en stødig tendens innenfor psykologisk forskning (Klein & Helweg- Larsen, 2002). Fenomenet ble kjent med Weinstein (1980) og blir i litteraturen omtalt som optimistisk bias. Analytisk sett reflektere optimistisk bias forskjellen mellom to ulike risikoestimer, nemlig ens personlig risikoestimat og

estimatet av den gjennomsnittlige persons risiko. Det personlige risikoestimatet er vanligvis lavere enn estimatet for en gjennomsnittlig person. Størrelsen av forskjell kan variere etter som hvem man sammenligner seg selv med, persepsjonen av kontroll over risikoatferd og tidligere erfaringer med risikoen (Klein & Helweg- Larsen, 2002).

En typisk tendens er at mennesker viser større optimistisk bias når de sammenligner seg selv med fjerne, ulike og uklart definerte andre. Optimistisk bias blir motsatt mindre når de sammenligner seg selv med nære, like og spesifikk definerte andre, slik som en nær venn (Helweg-Larsen & Shepperd, 2001). Tvetydigheten om å sammenligne seg selv med den udefinerte andre åpner for et stort spillerom i valg av sosial sammenligning, og det tillater individet å velge mennesker som spesielt er i faresonen. Av den grunn vil vi velge å sammenligne oss selv med de som uheldigvis er i faresonen og vi sikrer oss en favoriserbar sosial sammenligning (Helweg-Larsen & Shepperd, 2001). Weinstein (1980) benevner dette som en betoning av stereotyping. Når en derimot blir rettet mot å gjøre en sammenligning med spesifikke andre slik som nære venner eller enkelte familiemedlemmer blir friheten til å velge de med høyere risikosannsynlighet redusert. Når en sammenligner selvet opp i mot den eller de uspesifiserte andre kan det i sinnet bli fremkalt en sammenligning av en abstrakt person med de store trekkene og ikke detaljene. På en annen side kan en sammenligning av en stereotype i faresonen være motiverende på det vis at det byr på en forsterkende selvfølelse og opprettholdelse av selvtilit. Individet som tegner seg en veldig negativ stereotype når de sammenligner seg selv ser også ut til å oppfatte seg selv for å ha mer kontroll (Weinstein, 1980).

Mange studier har rapportert om positive forhold mellom persepsjonen av kontroll og optimistisk bias, jo større persipert kontroll over et utfall er jo større kommer optimistisk bias også ut for å være (Klein & Helweg- Larsen, 2001; Harris, 1996). Trolig viser mennesker større bias for kontrollerbare hendelser fordi de ser seg selv mer sannsynlig til å ta beskyttende forhåndsregler enn andre (Weinstein, 1980). Tanken om at en selv er mer sannsynlig enn andre til å ta forhåndsregler mot kontrollerbare hendelser er derimot mer assosiert med persepsjonen av personlig risikoestimat enn med estimatet av andre sin risiko (Klein & Helweg- Larsen, 2001). Effekten av tidligere erfaringer går også igjen i ulike studier av optimistisk bias, og det konsekvente funnet er at tidligere erfaringer er assosiert med mindre optimisme forvrengning (Klein & Helweg- Larsen, 2001). Erfaringer med negative utfall vil muligens redusere persepsjonen av personlig kontroll ved å ha sett seg selv for å ikke

kunne ha noe mer kontroll enn andre. Tidligere erfaringer gjøre det antageligvis lettere for folk å forestille seg selv i rollen som offer. Til den grad en person feiler i å gjenkjenne faktorene som plasserte han eller henne i en fare kan det være at personen rangerer sin egen risiko for å være desto større enn for andre (Parry, Milles, Tridente & Palmer, 2001).

Weinstein (1980) la frem at informasjon om faktorene som ville avgjøre en persons mottakelighet (sårbarhet) kunne hjelpe med å redusere optimistisk bias. Informasjon om forebyggende tiltak de jevnaldrende gjør seg kan også hjelpe individet med å se sin egen risiko på lik linje med andre. Dette fordi det kan finnes en reell mulighet om at folk finner sin risiko som lav fordi de rett og slett ikke besitter den riktige informasjonen om hvilke faktorer som eventuelt plasserer dem i en helsefare. Weinstein og Klein (1995) undersøkte om det å gjøre respondenten oppmerksom på relevante risikofaktorer eller å oppmuntre dem til å sammenligne seg selv med personer i mindre faresone ville redusere optimistisk bias. Gjennom fire ulike studier testet de sin antagelse, men dette viste seg å ikke å ha noe særlig innflytelse på reduksjonen av optimistisk bias. Dette ga et inntrykk av at det å rette folk inn mot høyt betonte risikofaktorer kan mot sin hensikt forsterke den optimistiske bias.

2.3.1 Optimistisk bias og beskyttelsesmotivasjon

Forskningen viser at optimistisk bias vanskelig kan elimineres fra risikopersepsjon (Weinstein & Klein, 1995). I interesse av dette blir tendensen om optimistisk bias sett for å kunne redusere motivasjonen til å beskytte seg selv mot sykdom. Det svake forholdet mellom risikopersepsjon og helserelatert atferd kan ha en mulig sammenheng med at folk undervurderer sin risikosituasjon ved å anta seg selv som mindre i fare enn andre (Norman & Conner, 2005) Av BMT antydes det ikke at avgjørelsestageren er rasjonell (Rogers, 1983), hver enkelt vurderingsprosess i BMT vil være påvirket av ulike typer forutinntatthet som vil gjøre det vanskelig for oss å presist kunne vurdere sannsynligheter. Optimistisk bias kan komme i veien for beskyttende atferd eller underbygge risikabel atferd og da særlig i forbindelse med persipert sårbarhet (Helweg-Larsen & Shepperd, 2001).

2.4 Tillit til informasjonskilder

Dagens samfunn er preget av høyt differensiert og profesjonalisert kunnskap, noe som gjør det vanskelig for folk flest å presist kunne vurdere sannheten ved gitt informasjon. Dette gjør at vi mer enn noen gang må stole på troverdigheten og ærligheten til de som gir oss informasjon om farer i våre omgivelser. I denne betydning er derfor risikopersepsjon en refleksjon av tillit til gitt informasjon (Frewer, 2003). Renn og Levine (1991) legger vekt på tillit som et medium for å redusere kompleksitet, altså en forutsetning for å kunne orientere seg rundt i usikre situasjoner. Et verktøy for å lettere kunne vurdere sannsynligheten for at et argument er presist og valid. Med det forstås tillit som sentralt når det hersker en tvil om vår egen kapasitet til å oppnå eksakt kunnskap. Risiko er i hovedsak bundet opp til konseptet om sjanse- sannsynligheten for at negative utfall vil kunne forekomme og sannsynligheter adlyder matematiske lover (Bennett, Calman, Curtis & F.- Smith, 2010). Folk flest besitter ikke den nødvendige vitenskapelige innsikten og må vurdere den usikre situasjonen i fravær av en komplett kunnskapsforståelse. Publikums forståelse for trusselen ved en pandemisk influensa har vist seg å også være relativt lav ved at folk ikke korrekt kan identifisere karakteristikkene ved en pandemi (Gupta et al., 2006). Forståelsen av termen pandemi lot seg å være sammensmeltet med sesonginfluensa.

En gitt beskjed står ikke alene, den er alltid skapt og frembrakt av en kilde, og ens tro om kilden vil kunne påvirke hvordan en beskjed blir mottatt. I lys av dette blir tillit til informasjonskilden sagt å være nøkkelfaktoren i en kommunikasjonskontekst da informasjon først og fremst ikke blir dømt ved innholdet, men som regel ved tillit til informasjonens kilde (Bennett, 1999; Renn og Levine, 1991; Benoit & Benoit, 2008). Forståelsen av hvordan tillit til gitt informasjon tilskrives og videre påvirker vår holdning har i litteraturen blitt mye diskutert i rammeverket av overtalelse. Gjennom dette blir det lagt vekt på hvilke elementer som er mer sannsynlig til å øke eller minke den overtalende effekten ved en gitt beskjed. I stedet for å skulle vurdere for og imot de fremlagte argumentene i en gitt beskjed forklares det hvordan faktorer ved informasjonskilden fungerer som ledetråder for hvordan vi kan prosessere informasjonen i fravær av en komplett kunnskapsforståelse (Petty og Cacioppo, 1986). Ved å forholde seg til eksterne ledetråder blir tillit til informasjonskilden forstått som en viktig faktor. Tillit blir forklart som en forutinntatthet vi gjør oss når det mangler interesse eller kunnskap for det fremlagte temaet (Petty, Briñol & Priester, 2009). Det å ha tiltro til

ledetråder refererer til en mye hurtigere og mindre arbeidskrevende strategi for å forme seg en holdning (Petty og Cacioppo, 1986).

2.4.1 Faktorene i persepsjonen av tillit til informasjonskilder

Earle og Cvetkovich (1997; Earle, 2004) legger frem en formulering av tillit med vekt på kulturverdi og understreker et viktig poeng, nemlig at tillit er basert på verdilikhhet. Vi har en tendens til å stole på mennesker og institusjoner som forteller en historie uttrykt med verdier en selv finner viktig. Tillit er da villigheten, i forventning av fordelaktige utfall, til å gjøre seg selv sårbar til andre basert på en avgjørelse om likhet av intensjoner eller verdier (Renn & Levine, 1991).

I en sammenfatning av hva litteraturen fremlegger som viktige komponenter i dannelsen av tillit har Renn og Levine (1991; Renn, 2008) lagt frem syv større hovedtrekk: 1) persipert kompetanse (graden av teknisk ekspertise tilskrevet beskjedens eller kilden), 2) persipert objektivitet (ingen forutinntatthet i beskjedens mening slik persipert av andre), 3) persipert rettferdighet (anerkjennelse og dekning av alle relevante synspunkt), 4) persipert overensstemmelse (forutsigbarhet av argumenter og atferd basert på tidligere erfaringer), 5) persipert oppriktighet (ærlighet og åpenhet), 6) persipert godvilje (lojalitet i intensjonen om utforming av informasjonen) og 7) persipert empati (graden av forståelse og solidaritet med potensielle ofre). Det er viktig å forstå disse enkelte hovedtrekkene som en sammenfatning av flere faktorer igjen (Renn & Levine, 1991). Persipert kompetanse eller ekspertise er for eksempel igjen avhengig av faktorer slik som status, utdanning, autoritet, alder og sosial klasse. Persepsjonen av kildens mål og motiv refererer til høyt verdsatte sosiale verdier, slik som beskyttelse av publikums helse, som vil kunne øke troverdighet til kommunikatoren. Ulike kilder vil kunne skåre ulikt på dimensjonene og på tvers av tema tatt opp (Renn, 2008). Mangel på bidrag fra en faktor kan bli kompensert med et overskudd av mål oppnådd i en annen faktor. Hvis objektivitet for eksempel ikke oppnås vil rettferdighet og godvilje kunne fungere som erstatninger. Kompetanse kan også bli kompensert for godvilje, og omvendt. Operasjonaliseringen av tillit til ulike informasjonskilder har i denne oppgaven tatt utgangspunkt i Renn og Levine sine komponenter og resultert i dannelsen av tillit gjennom fem faktorer¹: 1) fagkompetanse (kilden besitter den nødvendige kunnskapen), 2) objektivitet

¹ I oversettelsen av Renn og Levine sine fremlagte komponenter fra engelsk til norsk mister noen av faktorene det intuitive skillet seg imellom. Det ble derfor laget kun fem faktorer som på best mulig vis ville fange opp fem distinkte variasjoner av Renn & Levine sine fremlagte tillitskomponenter.

(kilden ser ting fra flere synspunkt), 3) oppdatert (kilden kommer med informasjon jevnlig), 4) godvilje (kilden bryr seg om mottagerens helse) og 5) pålitelig (kilden er forutsigbar basert på erfaring fra tidligere).

2.4.2 Risikoinformasjon gitt av ulike kilder

Helsemyndigheter (både nasjonalt og globalt), media (Tv, radio og aviser) og familie/jevnaaldrende blir forstått som viktige kilder for hvordan informasjon om svineinfluensaen ble tilegnet og videre respondert til i denne oppgaven. Forholdet mellom hvorledes helserelevante farer blir presentert av de ulike kildene og tilknytningen til risikopersepsjonen (og innflytelsen på atferd) er kompleks. Det er viktig å understreke at tillit er reflektert av faktorer i flere lag: 1) sosiokulturelle og individuelle personlighetskarakteristikker, 2) attributter ved institusjonen eller informasjonskilden, 3) aspekter ved fare og 4) informasjonsspesifikke aspekter (Chryssochoidis, Strada & Krystallis, 2009). Denne lagvise konseptualiseringen demonstrerer kompleksiteten ved å analysere tillit da fenomenet er samtidig operativt i og på tvers av disse lagene. Fokus for tillit i denne oppgaven vil være noe begrenset ved å kun gjøre rede for forskjellen mellom kildenes informasjonskontekst. Det vil bli lagt vekt på deres ulike roller og hvordan dette vil kunne prege den gitte informasjonen og muligens ha en påvirkning på hvordan en fare blir oppfattet.

Under en hvilken som helst krise er en åpen og empatisk kommunikasjonsstil vesentlig for at de ansvarlige for håndteringen vil kunne oppnå tillit hos mottakeren av informasjonen (Petts, Draper, Ives & Damery, 2010). Åpenhet er en viktig faktor, og da ikke kun i den forstand at informasjon er tilgjengelig, men ved å gi oppriktige redegjørelser for bevisene som underligger avgjørelsene i beskjeden. Tillit er særdeles viktig siden mistillit er sett for å høyne publikums bekymring og derav forstyrre responsen til gitt risikoinformasjon (Kasperson, Golding & Tuler, 1992). En trussel mot verdens helse slik som en influensapandemi vil kunne by på store kommunikasjonsutfordringer både nasjonalt og globalt. Dette fordi en pandemisk influensa vil være uforutsigbar i betingelsen av tidspunkt for utbrudd og dens skadelig omfang (Petts et al., 2010). I slike omstendigheter vil en virkningsfull risikokommunikasjon være essensielt for å kunne gi en hel befolkning råd, informasjon og beroligelse om situasjonen. Og like viktig er det for å kunne oppmuntre folk til å tilegne seg de riktige forebyggende responsene for at et samfunn i plenum skal kunne hindre spredning av viruset. Tillit til de

ansvarlige for håndteringen av en fare, i dette tilfelle helsemyndigheter, er særdeles viktig for at informasjonen skal kunne være virkningsfull og under kontroll (Earle & Cvetkovich 1997).

Nyhetsmedia utgjør i stor grad kilden for mye av publikums informasjon om risiko, og er dermed en medvirkende faktor til hvordan publikums risikopersepsjon kan bli forsterket eller svekket (Pidgegon, Kasperson & Slovic, 2003). Media har innflytelse over publikums risikopersepsjon av helserelaterte saker ved at de velger ut hva som skal publiseres og i hva slags kontekst informasjonen presenteres i (Frewer, Miles & Marsh, 2002, Litchenberg & MacLean, 1991). Av det antas det ikke at media påvirker oss direkte, men indirekte ved å gjøre saker fremtredende eller betydningsfull. Mediedekningen av helseepidemier har vist seg å være sterkt basert på hendelser med en økende nyhetsdekning tilsvarende nylig identifiserte tilfeller og regjeringens handlinger (Shih, Wijaya & Brossard, 2008) Fra et kognitivt psykologisk perspektiv vises det hvordan enkle, men hyppig repeterte avbildninger er sannsynlig til å resultere i formasjonen av "tilgjengelighets heuristikk" (Tversky & Kahneman, 2002). Gjennom dette forklares det hvordan vi mennesker kan være forutinntatt når vi estimerer risiko eller sannsynligheter ved å overestimere frekvensen av hendelser det er lett å huske og følgelig sjansen for at det vil kunne skje. Mediedekning av en sak, uansett dens reelle omfang, gjør tilfeller mer fremtredende og mer tilgjengelig for å bli fremkalt fra hukommelsen, noe som forårsaker til avgjørelsen om at tilfellene er mer sannsynlige enn hva de i virkeligheten er (Stryker, Moriarty & Jensen, 2008). Selv om kvantiteten av dekning om farer er viktig, spiller også innholdet i mediarapporter en substansiell rolle i utformingen av publikums persepsjon og forståelse (Rowe, Frewer & Sjöberg, 2000). Rapportering om farer har en tendens til å være alarmerende heller enn beroligende, og de bruker sjelden statistikk for å uttrykke graden ved en fare (Rowe, Frewer & Sjöberg, 2000). Journalistenes rapportering har en tendens til å redusere en kompleks realitet til noen få endimensjonale avbildninger, med en preferanse for dramatiske og sensasjonelle hendelser. Beskjeden som blir gitt ut er uten støtte om vitenskapelig bevis eller sannsynligheter, antageligvis fordi slik informasjon blir sett på som uforståelig av det vanlige folk. Spørsmålet om media blåser ting ut av proporsjoner har blitt undersøkt av Freudenberg, Coleman, Gonzales & Helgeland (1996). De legger frem at den viktigste effekten ved media sin påvirkning er oppfattelsen av nivå om gitt objektiv informasjon, slik som det faktisk antallet ofre og skadens omfang. Imidlertid, nøkkeleffekter (slik som overskrifter og bilder) er relativt uavhengig av objektiv informasjon, og er mer påvirkende i henseende av den følelsesmessige tonen i rapporten (og indirekte på risikopersepsjon). Selv om media spiller en viktig rolle i risikokommunikasjon er

det viktig å poengtere at media avbilder ulike kilder. Informasjonen gitt av media kan derfor vanskelig bli tilskrevet til media alene når en analyserer og tolker rollen av tillit.

Fortrolige kilder oppfattes for å være både kunnskapsrike og opptatt av publikums velferd (Peters, Covello & McCallum, 1996). Når en kilde viser seg for å være kunnskapsrik er dette en faktor som gjennom mye forskning har vist å øke sannsynligheten for at mottakeren vil ha en mer positiv tiltro og være mindre kritisk til den gitte beskjednen (Benoit & Benoti, 2008). Ved siden av store institusjoner slik som myndigheter og media er familie og vår nære omgangskrets også en så absolutt viktig kilde for hvordan vi tilegner oss informasjon om helserelevante farer. Når risiko er komplekst og uforutsigbart ser folk ut til å basere deres responser like mye på hva familie og venner sier som hva myndigheter sier dem skal gjøre (Neuwirth & Frederick, 2004). Mistroende kilder oppfattes for å forvrengte informasjonen, vist å ta feil fra tidligere av og å gi ensidig informasjon (Frewer, 1999). Gjennom the social amplification of risk framework legges det frem at risiko hendelser i stor grad er å bli irrelevante eller begrenset i sin innflytelse om ikke mennesker kommuniserer dem videre til andre (Pidgeon et al., 2003). Her blir funksjonen av tillit forklart slik at risikoinformasjon fra en pålitelig kilde kan resultere i forsterket risikopersepsjon om beskjednen forholder seg til den økende faren ved en risiko. Og motsatt vil den pålitelige kilden dempe risikopersepsjonen om informasjonen forholder seg til de manglende farene.

2.5 Sammenfatning av teori

Det blir fremlagt av BMT at motivasjonen til å beskytte seg selv er en positiv funksjon av trusselvurdering og mestringsvurdering. Forutsetningen er at en må tro at det finnes en fare (intensitet) og at en selv er sårbar ovenfor faren (sårbarhet). Samtidig må en ha tiltro til at effekten av den anbefalte responsen vil kunne eliminere trusselen (responseffekt) og en må ha tiltro til seg selv som aktør for å kunne gjennomføre en vaksinerings (mestringstro). I denne oppgaven har det blitt skilt mellom trusselvurderingen av svineinfluensaen og trusselvurderingen av vaksinen. Dette fordi det å tilegne seg den adaptive responsen, å la seg vaksinere, kunne være forbundet med negative utfall i seg selv (responskostnader). Responskostnadene ved å vaksinere seg ble i denne oppgaven derfor forstått som en egen dimensjon for trusselvurdering, målt gjennom intensitet og sårbarhet. Det å ha en høy trusselvurdering av den adaptive responsen var i denne sammenhengen forventet å være en negativ funksjon av intensjonen om å la seg vaksinere. I tillegg til responskostnader legges

det gjennom BMT frem at indre og ytre belønninger ved å ikke tilegne seg anbefalt respons må være overskygget av en høyt persipert trussel for at beskyttelsesmotivasjon skal tre fem. Eventuelle belønninger ved å ikke vaksinere seg vil være å unngå de potensielt negative utfallene ved å vaksinere seg. Indre og ytre belønninger i forhold til vaksinering ble ikke forstått for å være konseptuelt adskilt fra responskostnader (som i dette tilfelle ble forstått som trusselvurdering av vaksinen). Indre og ytre belønninger blir derfor ikke behandlet direkte i denne oppgaven. Følgende hypoteser er formulert basert på antagelsen om beskyttelsesmotivasjon:

- H1: Intensjonen om å la seg vaksinere er en positiv funksjon av trusselvurderingen (intensitetsvurdering og sårbarhetsvurdering) av svineinfluensaen.
- H2: Intensjonen om å la seg vaksinere er en positiv funksjon av mestringsvurdering (responseffekt og mestringstro).
- H3: Intensjonen om å la seg vaksinere er en negativ funksjon av trusselvurderingen (intensitetsvurdering og sårbarhetsvurdering) av vaksinen.
- H4: Trusselvurderingen av vaksinen (intensitetsvurdering og sårbarhetsvurdering) har en uavhengig påvirkning på intensjonen om å la seg vaksinere når trusselvurdering av svineinfluensa og mestringsvurdering er kontrollert for.

Diskusjonen om hvilke faktorer vil i denne oppgaven primært gå i retning av trusselvurdering og mestringsvurdering, slik fremlagt i teorien om beskyttelsesmotivasjon, samt forståelsen av responskostnader som en egen dimensjon for trusselvurdering av vaksinen. Ved siden av dette har rollen av tillit til gitt informasjon fra ulike kilder og tendensen om optimistisk bias også blitt kartlagt som en mulig forklaring på hvilken retning trusselvurdering og mestringsvurdering vil kunne fremtre. Optimistisk bias forstås for å være en betydningsfull tendens å kartlegge i henseende av at faktoren vil kunne stå i veien for tilegnelsen av en adaptiv respons. Sammen med en økende utvikling av kompleks teknologi og vitenskapelig forskningsmetoder for å kunne avsløre en hver truende substans i vårt miljø har personlige erfaringer med risiko i økende grad blitt erstattet med gitt informasjon om risiko (Renn, 2008). Som en konsekvens må vi mer enn noen gang stole på de som gir oss relevant informasjon. Tillit blir forstått som særskilt avgjørende i situasjoner hvor besittelse av nødvendig og detaljert kunnskap trengs for å gjøre seg en rasjonell vurdering. Gjennom tillit kan vi lettere gjøre oss avgjørelser og handle deretter, selv i fravær av en komplett kunnskapsforståelse om en usikker situasjon (Renn og Levine, 1991). Informasjon fra

myndigheter, media og familie/nære blir sett på som viktige kilder for hvordan informasjon om svineinfluensaen har blitt tilegnet og dermed en mulig påvirkning til hvordan vår trussel- og mestringsvurdering vil kunne gå. Her er de formulerte hypotesene for de mulige forklaringsfaktorene på beskyttelsesmotivasjon:

- H5: Studentene ser seg selv mindre sannsynlig til å bli rammet av svineinfluensa (med både milde og alvorlige komplikasjoner) enn hva de ser sannsynligheten for andre er.
- H6: Optimistisk bias er betydningsfull for beskrivelsen av hvilken retning trussel- og mestringsvurdering går.
- H7: Tillit til gitt informasjon fra ulike kilder er betydningsfull for beskrivelsen av hvilken retning trussel- og mestringsvurdering går.

3 Metode

3.1 Utvalg

Målgruppen for studien ble satt etter Folkehelseinstituttet sine registreringer om at det var stor forskjell på vaksinasjonsdekningen i ulike aldersgrupper (Folkehelseinstituttet, 2010). Og det var da en særlig lav dekning blant de i aldersgruppen 20- 29 år, samtidig var dette en av de aldersgruppene med flest bekreftede tilfeller av den nye influensaen. For denne målgruppen ble studenter i Trondheim oppsøkt i forespørsel om å delta i en spørreundersøkelse (spørreskjemaet vises i vedlegg 5). Dette fordi en typisk student nettopp befinner seg i denne aldersgruppen. Dernest er det viktig å understreke at dette utvalget av studenter gir liten generaliserbarhet om hele populasjonen av unge voksne i alderen 20- 29 år. Personer som eventuelt er i jobb blir ikke inkludert og jeg kan derav vanskelig si noe om hele populasjonen av unge voksne. Undersøkelsen sier derav noe om studenter i Trondheim i alderen 20- 29 år. Studentene ble rekruttert gjennom forelesninger ved NTNU (Norges teknisk- natur vitenskapelige universitet) og HIST (Høyskolen i Sør- Trøndelag). I utgangspunktet var det 511 studenter som svarte på spørreundersøkelsen. Da 11 av disse i ettertid viste seg å være eldre enn 29 år ble disse svarsjemaene ekskludert fra det endelige datamaterialet. Derav hadde jeg totalt 500 respondenter med en gjennomsnittalder på 22.42 år ($SD= 1.96$). Gjennomsnittsalderen gjenspeiler at første til tredje års studenter var majoriteten av deltagere. Tabell 1 viser en nærmere oversikt over fordelingen av de enkelte aldersgruppene.

Tabell 1 Fordeling av aldersgrupper

	Alder										
	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	Total
Antall	60	138	113	68	47	32	15	16	7	4	500
%	12.0	27.6	22.6	13.6	9.4	6.4	3.0	3.2	1.4	.8	100

3.1.1 Utvalgsmetode

Utvalget for undersøkelsen ble gjort på bakgrunn av bekvemmelighet med etterligning av trekkprinsippene som brukes i et sannsynlighetsutvalg. På bakgrunn av bekvemmelighet vil si at studentene ble oppsøkt i forelesninger avhengig av de foreleserne som hadde anledning til å sette av tid til mitt prosjekt i deres timer. Jeg har forsøkt å treffe på forelesninger med et mindre antall studenter slik at variasjonen i forhold til ulike årskull, fakulteter og institutter studentene representerte skulle bli så mangfoldig som mulig. Anvendelsen av trekkprinsippet

basert på et sannsynlighetsutvalg bygger på informasjonen jeg hadde tilgjengelig om antall studenter fordelt på NTNU og HIST. Ved å la det prosentvise andelsforholdet mellom skolene gjenspeile seg i utvalgspopulasjon av studenter har jeg i noe grad minimert sjansen for utvalgsfeil. Med NTNU sine 20 000 studenter mot HIST sine 8000 studenter ble forholdet gjenspeilt i utvalget hvorav 72 % av respondentene var fra NTNU og 28 % fra HIST. Det ble også forsøkt å komme i kontakt med handelshøyskolen BI i Trondheim for å utvide repertoaret av hva en student er. Dette lyktes dessverre ikke. Tabell 2 beskriver studentfordelingen mellom NTNU og HIST nærmere.

Tabell 2 Studentfordeling

NTNU			HIST		
Fagområde	Antall	%	Fagområde	Antall	%
Kulturstudier	17	3.4	Økonomi og ledelse	84	16.8
Matematikk	162	32.4	Lærer	56	11.2
Historie	70	14.0			
Geografi	63	12.6			
Religion	48	9.6			
Total	360	72.0	Total	140	28.0

Ved å velge ut en tilfeldig faglærer ved hvert enkelt institutt ved NTNU og HIST ble disse oppsøkt via e- post med en presentasjon av prosjektet i forespørsel om å kunne gjennomføre en spørreundersøkelse på slutten av deres forelesningstime. De foreleserne som ønsket meg velkommen ga de fem siste minuttene av sin time hvor jeg introduserte undersøkelsens formål. Studentene ble rekruttert ved å selv velge om de ønsket å delta.

3.2 Demografiske variabler og utvalgsspredning av svineinfluensa og vaksinerings

Av de 500 respondentene viste det seg å være en relativt velbalansert kjønnsfordeling på 46.4 % jenter og 53.6 % gutter. Derimot kan det være en bias involvert i forhold til kjønnsfordelingen på de ulike fagområdene. Matteklassen har muligens dratt opp andelen av hankjønn, noe som vil si at en typisk gutt i mitt utvalg vil muligens studere matte. Et bilde som ikke er representativt på hva en mannlig student er. Da jeg ikke har samlet inn data på den konkrete kjønnsfordelingen innenfor hvert fagområde, og fordi jeg ikke har tilgjengelig tall på hva den reelle kjønnsfordelingen blant studenter er forblir dette ubesvart.

Tabell 3 Demografiske variabler og utvalgsspredning av svineinfluensa og vaksinerings

	Variabel	N	%	Missing	Total	
Kjønn	Jenter	268	46.4	0	500	
	Gutter	232	53.6			
Har tatt svineinfluenzavaksinen	Ja	131	26.3	2	498	
	Nei	367	73.7			
Er i en av risikogruppene	Ja	38	7.6	3	497	
	Nei	459	92.4			
Har hatt svineinfluensa	Ja, bekreftet av lege	7	1.4	5	495	
	Ja, sannsynligvis, men ikke bekreftet av lege	95	19.2			
	Har hatt influensa/influensalignende symptomer, men tror ikke det var svineinfluensa	110	22.2			
	Nei, har ikke hatt det	283	57.2			
Planlegger å ta svineinfluenzavaksinen	Ja	Ja, innen de fire neste ukene	5	1.4	135*	365
		Ja, om det kommer en ny influensabølge	26	7.1		
		Har ikke bestemt meg ennå	89	24.4		
	Nei	Nei, jeg skal ikke ta den	245	67.1		

*de fleste ”missing” er deltakerne som hadde tatt vaksinen allerede

Respondentene ble bedt om å krysse av på en av fire mulig alternativer om hun eller han hadde hatt svineinfluensa. Alternativene kunne ikke la seg begrense til ja eller nei da det å ha hatt svineinfluensa hadde foregått både på grunnlag av diagnostisering av legen og symptomdiagnostisering av folk selv. Det kunne derfor sirkle mye usikkerhet om en har hatt eller ikke hatt svineinfluensa. For at respondenten ikke skulle ta en forhastet beslutning om å ha hatt eller ikke hatt svineinfluensa ble det gitt flere reflekterende svaralternativer. Av det svarte 1.4 % at de hadde hatt svineinfluensa bekreftet av lege og 19.2 % hadde sannsynligvis hatt det, men ikke bekreftet av lege. Hele 22.2 % mente at de hadde hatt influensainfluensalignende symptomer, men trodde ikke det var svineinfluensa. Til slutt sier 57.2 % av utvalget mitt at de ikke har hatt svineinfluensa.

Kun 7.6 % av respondentene plasserte seg i en av risikogruppene (på siste side i vedlegg 5 finnes en liste over helsemyndighetenes fremlagte risikogrupper), følgelig var 92.4 % ikke i en av risikogruppene. Når det kom til spørsmålet om å ha tatt vaksine viste det seg at 26.3 % hadde gjort det mot 73.7 % som ikke hadde tatt den. Av de som ikke hadde tatt vaksinen

svarte 67.1 % at de heller ikke hadde noen intensjon om å ta den. Intensjonen om å ta vaksinen ble summert opp av svaralternativene: ja innen de fire neste ukene (1.4 %), ja om det kommer en ny influensabølge (7.1 %) og har ikke bestemt meg ennå (24.4 %). Det resulterte i en oppsummering om at 32.9 % hadde intensjon om å ta eller kanskje ta vaksinen. Utvalget ble altså skilt mellom gruppen *ingen intensjon* mot gruppen *intensjon om å ta eller kanskje ta vaksinen* i analysen. Det å gi respondenten flere svaralternativer har sin hensikt om å hindre at respondenten gjør seg en forhastet avgjørelse om å velge enten eller. Derimot kan det diskuteres hvor riktig det er å kunne plassere kategorien ”har ikke bestemt meg ennå” i noen som helst av de to gruppene. Det som er sikkert er at denne gruppen deltagere består av en betydelig stor del svarprosenten og reflekterer usikkerheten rundt vaksinerings, og de kan derfor ikke utelukkes fra å inkluderes i en videre analyse. Denne delgruppen av respondenter blir plassert i gruppen intensjon om å ta eller kanskje ta vaksinen fordi de fremdeles er potensielt tilgjengelig for vaksinen.

3.3 Operasjonalisering av beskyttelsesmotivasjon

I tilfelle med en pandemisk influensa er den adaptive responsen å vaksinere seg, en respons som potensielt inneholder en trusselvurdering i seg selv. Jeg har derfor valgt å tilføye en egen dimensjon for trusselvurdering av den adaptive responsen ved siden av en trusselvurdering av pandemien. Skillet har blitt gjort for å kontrollere for at respondenten hadde faren ved svineinfluensaen og faren ved selve vaksinerings skilt fra hverandre når han eller hun svarte på spørreundersøkelsen. Dimensjonen for trusselvurderingen av vaksinen blir forstått gjennom antagelsen om at responskostnader ved en adaptiv respons må være undertrykt av en høy trusselvurdering av faren og høy mestringsvurdering av anbefalt atferd. Til sammen ble det designet² seks ulike indikatorsett ment for å måle seks underliggende dimensjoner for beskyttelsesmotivasjon (se tabell 4): intensitetsvurdering og sårbarhetsvurdering av svineinfluensaen, intensitetsvurdering og sårbarhetsvurdering av vaksinen, responseffektvurdering og mestringsvurdering. Hver enkelt indikator innenfor hver dimensjon ble formulert for å berette respondenten mot å evaluere sin mening på en skala fra 1, helt uenig, til 7, helt enig. Jo mer enig respondenten var i påstanden, jo høyere risikovurdering eller mestringsvurdering har han eller henne om svineinfluensaen og vaksinerings. Noen av spørsmålene skiller seg derimot ut ved å allikevel være omvendt av

² Operasjonaliseringen av alle måleinstrumentene i denne oppgaven har blitt utviklet av meg. Grunnet satte tidsrammer for ferdigstillingen av masteroppgaven har det ikke vært anledning for å kjøre en pilotstudie. Dette vil kunne ha en negativ effekt på dimensjonenes målingskvalitet.

denne skalaen. Det vil si at jo mer enig en respondent var med en påstand, jo lavere risiko eller mestringsvurdering ville respondenten derav ha. Skalaen for disse spørsmålene har i ettertid blitt snudd slik at de stemmer overens med at jo mer enig, jo høyere er vurderingen av influensaen og vaksinen. De omkodede spørsmålene vil i de ulike tabellene for analysene være merket ved at det står neg (for negativ) etter variabelen, slik som i tabellen her.

Tabell 4 Måleinstrumenter for BM, gjennomsnittskårer og standardavvik

Dimensjon	Indikator	Forkortelse	N	M (SD)
Intensitet Svineinfluensa	Svineinfluensaen kan forårsake alvorlige helseproblemer	Intens SI a	498	4.30 (1.59)
	Det er få som har dødd av svineinfluensa	Intens SI b neg	498	2.73 (1.56)
	Sammenlignet med andre infeksjonssykdommer er svineinfluensa en mild sykdom	Intens SI c neg	495	3.60 (1.36)
	Jeg er bekymret for at en ny bølge med svineinfluensa vil komme	Intens SI d	498	2.16 (1.40)
Sårbarhet Svineinfluensa	Det er veldig sannsynlig at jeg kan få svineinfluensa om en ny bølge kommer	Sårbar SI a	497	2.60 (1.42)
	Andre på min alder er spesielt sårbar for svineinfluensa	Sårbar SI b	497	2.64 (1.55)
	Mitt immunforsvar vil beskytte meg mot å få svineinfluensa	Sårbar SI c neg	493	3.87 (1.77)
	Jeg er ikke i kontakt med smittede mennesker, og er dermed ikke i fare for å bli smittet	Sårbar SI d	497	5.26 (1.51)
Intensitet Vaksine	Vaksinen kan ha alvorlige bivirkninger	Intens VA a	499	3.94 (1.75)
	Svineinflusavaksinen er mindre trygg enn vaksiner generelt	Intens VA b	496	3.78 (1.62)
	De fleste opplever kun milde reaksjoner til vaksinen.	Intens VA c neg	493	2.74 (1.41)
	Allergiske reaksjoner til vaksinen kan forårsake alvorlige komplikasjoner	Intens VA d	497	4.66 (1.43)
Sårbarhet Vaksine	Jeg får som regel sterke bivirkninger etter en vaksinasjon	Sårbar VA a	498	1.72 (1.21)
	Jeg har allergi som gjør gjennomføring av en vaksinasjon vanskelig	Sårbar VA b	499	1.22 (.80)
	Generelt er svineinflusavaksinen trygg for andre på min alder	Sårbar VA c neg	492	2.97 (1.50)
	De kjente bivirkningene for svineinflusavaksinen kan være en trussel for min allmenne helse	Sårbar VA d	496	2.76 (1.66)

Responseeffekt	Vaksinasjon er en veldig effektiv måte å beskytte seg på mot pandemisk influensa	Respons a	497	4.75 (1.52)
	Massevaksinering kan hindre at en ny bølge av svineinfluensa vil oppstå	Respons b	498	4.41 (1.63)
	Hvis jeg tar vaksinen, beskytter jeg mennesker som er mer sårbare mot svineinfluensa.	Respons c	495	5.14 (1.76)
	Andre tiltak som god hygiene (regelmessig håndvask, bruk av desinfisering, nyse i albuen, bruke engangslommetørklær), er like effektive som vaksinering	Respons d neg	497	4.09 (1.74)
Mestringstro	Jeg vet hvor jeg kan bli vaksinert	Mestring a	495	5.68 (1.81)
	Jeg prioriterer ikke å ta vaksinen av økonomiske grunner	Mestring b neg	496	6.48 (1.22)
	Jeg prioriterer ikke å ta vaksinen fordi jeg har for mye å gjøre	Mestring c neg	499	5.50 (1.88)
	Jeg er generelt ikke komfortabel med å ta sprøyte	Mestring d neg	495	5.34 (2.06)
	Norske helsemyndigheters anbefalte forhåndsregler (regelmessig håndvask, bruk av desinfisering, nyse i albuen, bruke engangslommetørklær) er ikke praktisk gjennomførbare	Mestring e	497	2.12 (1.41)

3.4 Operasjonalisering av optimistisk bias

Optimistisk bias kan enten bli målt direkte eller indirekte (Weinstein & Klein, 1996). Med direkte sammenligning blir respondentene spurt om å gradere sin egen risiko er enten mindre, større eller det samme som risikoen for en annen person. Ved en indirekte sammenligning blir deltagerne spurt om å rangere en selv på en skala og rangere den andre personen på en annen skala, slik at vurderingen av forskjellen ikke lenger blir direkte. Kombinasjonen av de to distinkte kildene innenfor samme sak i den direkte metoden gjør det problematisk å kunne forutse om en moderator ved optimistisk bias enten modererer bias ved å påvirke personlige risiko estimat, estimatet av den gjennomsnittlige person eller begge deler. Funn legger frem at den direkte metoden har en tendens til å produsere større bias enn den indirekte metoden (Otten & Van der Pligt, 1996). Optimistisk bias har i denne oppgaven derfor blitt vurdert via den indirekte metoden. Deltagerne ble bedt om å vurdere sannsynligheten for at de personlig

ville få svineinfluensa og sannsynligheten for at en jevnaldrende vil få svineinfluensa. Samtidig ble det skilt mellom optimistisk bias for å få svineinfluensa av den milde formen og sannsynligheten for å få svineinfluensa av den alvorlige formen. Respondenten skulle også her si seg på en skala fra 1, helt uenig til 7, helt enig i påstandene som vises i tabellen nedenfor. Respondentens estimat om andre sin risiko har blitt trukket fra estimatet om sin egen vurdering for å frembringe en differanse skåre. Det vil si at jo mindre (negativ) differanseskåren er, jo større vil den optimistiske bias være. En større (positiv) differanseskåre vil da indikere at respondenten ser seg selv som mer sårbar enn sine jevnaldrende.

Tabell 5 Måleinstrumenter for optimistisk bias, gjennomsnittskårer og standardavvik

Dimensjon	Indikator	Forkortelse	<i>N</i>	<i>M (SD)</i>
Optimistisk bias mild form	Faren for at jeg kan få svineinfluensa med milde symptomer er stor	Bias 1a	496	3.79 (1.70)
	Faren for at andre på min alder kan få svineinfluensa med milde symptomer er stor	Bias 1b	496	4.31 (1.63)
Optimistisk bias alvorlig form	Faren for at jeg kan få svineinfluensa med alvorlige komplikasjoner er stor	Bias 2a	499	1.90 (1.11)
	Faren for at andre på min alder kan få svineinfluensa med alvorlige komplikasjoner er stor	Bias 2.b	496	2.66 (1.36)

3.5 Operasjonalisering av tillit til ulike kilder

Respondenten fikk et utvalg av fem ulike kilder som kunne ha spilt en rolle i deres kjennskap til svineinfluensaen: 1) jevnaldrende og familie, 2) aviser (både på nett og i papirformat), 3) Tv og radio (diskusjonsprogrammer, faktaprogrammer, nyhetsendinger etc.), 4) universitetet eller høyskolen (på hjemmeside, informasjonsoppslag eller i undervisning/diskusjon) og 5) nettsiden til Folkehelseinstituttet (fhi.no), Helsemyndighetene (pandemi.no) eller Verdens helseorganisasjon (www.who.org). Respondentene ble bedt om å si seg på en skala om hvor helt uenig, 1, til helt enig, 7, de var i ulike påstander som omhandlet tillit til gitt informasjon. Jo mer ening, jo mer tillit ville de ha til kilden. Disse påstandene ble konstruert på grunnlag av Renn og Levine (1991) sine fremlagte komponenter av tillit. De samme fem påstandene ble gjengitt for hver enkelt kilde.

Tabell 6 Måleinstrumenter for tillit til ulike kilder, gjennomsnittskårer og standardavvik

Dimensjon	Indikator	Forkortelse	<i>N</i>	<i>M (SD)</i>
Universitet/ høgskolen	Informasjonskilden har høy fagkompetanse om svineinfluensaen	Tillit 1a	499	4.27 (1.54)
	Informasjonskilden gir objektiv informasjon om svineinfluensaen	Tillit 1b	498	4.85 (1.42)
	Informasjonskilden gir oppdatert informasjon om svineinfluensaen	Tillit 1c	498	4.03 (1.44)
	Informasjonskilden er opptatt av din helse	Tillit 1d	500	4.58 (1.51)
	Informasjonskilden gir pålitelig informasjon om svineinfluensaen	Tillit 1e	497	5.05 (1.25)
fhi.no, who.org.no/ pandemi.no	Har høy fagkompetanse	Tillit 2a	496	5.92 (1.21)
	Gir objektiv informasjon	Tillit 2b	498	5.13 (1.56)
	Gir oppdatert informasjon	Tillit 2c	494	5.72 (1.30)
	Er opptatt av din helse	Tillit 2c	497	5.27 (1.51)
	Gir pålitelig informasjon	Tillit 2d	496	5.80 (1.30)
Radio/ Tv	Har høy fagkompetanse	Tillit 3a	499	3.51 (1.26)
	Gir objektiv informasjon	Tillit 3b	499	2.93 (1.34)
	Gir oppdatert informasjon	Tillit 3c	500	4.62 (1.39)
	Er opptatt av din helse	Tillit 3d	500	2.99 (1.43)
	Gir pålitelig informasjon	Tillit 3e	497	3.38 (1.33)
Aviser	Har høy fagkompetanse	Tillit 4a	499	3.52 (1.29)
	Gir objektiv informasjon	Tillit 4b	498	2.91 (1.35)
	Gir oppdatert informasjon	Tillit 4c	500	4.56 (1.42)
	Er opptatt av din helse	Tillit 4d	499	2.96 (1.43)
	Gir pålitelig informasjon	Tillit 4e	497	3.30 (1.33)
Jevnaldrende/ familie	Har høy fagkompetanse	Tillit 5a	500	3.33 (1.30)
	Gir objektiv informasjon	Tillit 5b	498	3.28 (1.46)
	Gir oppdatert informasjon	Tillit 5c	500	3.38 (1.32)
	Er opptatt av din helse	Tillit 5d	499	6.34 (1.03)
	Gir pålitelig informasjon	Tillit 5e	497	3.68 (1.37)

4 Resultat

4.1 Analysestrategi

For å undersøke om de ulike måleinstrumentene for beskyttelsesmotivasjon og tillit til ulike kilder var endimensjonal slik som antatt, har en hovedkomponentanalyse blitt anvendt. Korrelasjonsstrukturen, faktorstrukturen og Cronbach`s alfa i de ulike indikatorsettene ble kartlagt for å eventuelt ekskludere indikatorene som måtte ha en for svak forklaringseffekt for å kunne antas å måle den dimensjonen jeg ønsket. Som en siste kartlegging av om indikatorene virkelig ladet på den dimensjonen jeg forventet og ikke på andre ble alle BM-indikatorene og tillitsindikatorene tatt med i hver sin felles hovedkomponentanalyse. En gjennomsnittskåre har blitt satt for alle dimensjonene for anvendelse i de videre analysene. Måleinstrumenttestene har blitt kjørt på hele utvalget (N=500). Med fokus på BM-dimensjonene var hovedmålet for denne kvantitative analysen å kunne predikere om en person har intensjon eller ingen intensjon om å ta vaksinen. I dette tilfelle har en logistisk regresjonsanalyse blitt anvendt.

For å kartlegge om det fantes en optimistisk bias for den milde og/eller alvorlige formen for svineinfluensa i datamaterialet har en paret t- test blitt anvendt. Det ble testet om tendensen fantes i hele utvalget og/eller om den ville tre frem i den delen av utvalget som ikke hadde tatt vaksinen. Deretter vil en multiplelineær regresjonsanalyse med de ulike forklaringsfaktorene bli fremlagt for en utvidet forståelse av beskyttelsesmotivasjon. Analysen testet om tillit til de ulike kildene og om tendensen for optimistisk bias ville ha en påvirkning på om trusselvurderingene eller mestringsvurdering vil minke eller øke. Utvalget for regresjonsanalysene består kun av den delen som ikke hadde tatt vaksinen (da jeg ikke kan predikere intensjon om å ta vaksinen når de allerede hadde tatt den). Manglende utvalgsdata i alle analysene anvendt i denne oppgaven har blitt tatt hånd om ved listwise deletion³.

³ Hvis en respondent har manglende verdier på minst en av indikatorene i den enkelte dimensjon vil denne personen bli ekskludert fra å inngå i utvalget brukt for analysen. Ulempen med metoden er at manglende data ikke alltid har en årsak i tilfeldighet. Respondenten kan ha en tilsiktet hensikt om å ikke svare på spørsmål de kanskje finner som påtrengende eller forstyrrende, og allikevel svare godt på alle de andre spørsmålene. Dette vil kunne etterlate en bias hvor de respondentene som røper informasjon kan ha en annen karakteristikk enn de respondentene som ikke gjør det. I tillegg kan utvalgsstørrelsen og dermed statistisk styrke bli betydelig redusert.

4.2 Test av måleinstrumentene for beskyttelsesmotivasjon

Trusselvurdering og mestringsvurdering har blitt observert gjennom seks ulike dimensjoner hvor hver enkelt har blitt målt gjennom et sett av flere indikatorer: intensitet svineinfluensa (SI), sårbarhet SI, intensitet vaksinen (VA), sårbarhet VA, responseffekt og mestringstro. I en eksplorerende hovedkomponentanalyse med uttrekning av faktorer etter Kaiser`s kriterium eigenverdi >1 har strukturen i hvert indikatorsett blitt undersøkt (se vedlegg 1, tabell 1.1a-1.6d). Optimalt sett skal strukturen være endimensjonal med høye korrelasjoner og ladninger for å kunne anta at indikatorene målte den dimensjonen jeg ønsket. Varimax rotasjon⁴ ble anvendt i tilfeller hvor flere faktorer med eigenverdi > 1 ble trukket ut. Tabellen nedenfor fremstiller resultatet over hvor mange indikatorer som viste seg å være tilfredsstillende mål for hver dimensjon sammen med Cronbach`s alfa, gjennomsnittskåre og standardavvik. Gjennomsnittskårene vil bli brukt videre i den logistisk regresjonsanalysen. Cronbach`s alfa er en reliabilitets test som indikerer om indikatorene sammenfattet i samme målte skala har en tilfredsstillende intern konsistens. En alfaverdi mellom .7 og .8 indikerer sterk reliabilitet. Størrelsen på Cronbach`s alfa er først og fremst avhengig av hvor høy korrelasjon det er mellom de enkelte variablene da høye korrelasjoner gir høye alfaverdier. Dernest må vi også ta i betraktning at størrelsen på Cronbach`s alfa er avhengig av hvor mange variabler som inngår i hvert indikatorsett. Jo flere variabler som inngår, desto høyere blir også alfakoeffisienten.

Tabell 7 Test av måleinstrumenter for beskyttelsesmotivasjon

Dimensjon	Antall indikatorer	<i>N</i>	<i>α</i>	<i>M (SD)</i>
Intens SI	4	493	.51	3.20 (.95)
Sårbar SI	4	489	.37	3.59 (.93)
Intens VA	3	496	.58	4.13 (1.19)
Sårbar VA	3	488	.50	3.16 (.82)
Respons	4	492	.69	4.60 (1.20)
Mestring	3	490	.46	5.88 (1.16)

Før jeg går nærmere inn på analysen av de enkelte dimensjonene er det to tester som er viktig å merke seg i tolkningen av faktoranalysene. Den første testen gjelder Kaiser Meyer Olkin measure of sampling adequacy (KMO). Testen indikerer om mønstre av korrelasjoner er relativt kompakt nok for at en faktoranalyse skulle kunne gi distinkte og reliable faktorer.

⁴ Faktorrotasjon gjør faktorladningene lettere tolkbare ved at ladningene lader maksimalt på kun en faktor hver. Ved varimax rotasjon tillates det ikke at faktorene korrelerer med hverandre.

KMO for de seks faktoranalysene av BM- dimensjonene hadde alle en verdi mellom .5 og .7. En verdi mellom .5 og .7 indikerer som et generelt kriterium at korrelasjonsstrukturen i hvert indikatorsett er middelmådig⁵ egnet til å kunne gi sikre nok resultater i en faktoranalyse. Den andre testen, Bartlett`s test, undersøker om korrelasjonene samlet sett for hvert indikatorsett er for små til å kunne kjøre en faktoranalyse. Testen viste at korrelasjonene var signifikant forskjellig fra null for alle de seks indikatorsettene. Derimot må det tas i betraktning at i store utvalg slik som her vil selv veldig svake korrelasjoner kunne bli signifikant. Dette er en tydelig tendens i mitt datamateriale da flere av korrelasjonene mellom indikatorene nettopp er svake ($<.3$). Denne testen gir derfor lite informasjon å kunne basere noen avgjørelser på.

4.2.1 Intensitetsvurdering og sårbarhetsvurdering av svineinfluensaen

Dimensjonen for intensitetsvurdering og sårbarhetsvurdering av svineinfluensa ble hver for seg observert gjennom et sett på fire indikatorer. Strukturen for analysene av disse dimensjonene er svært like og vil her bli presentert side om side (se vedlegg 1, tabell 1.1a. til 1.2b). Begge faktoranalysene av indikatorsettene viser korrelasjonsmatriser med svake korrelasjoner. Optimalt sett skal en indikator ha flere korrelasjoner $>.3$ med andre indikatorer for at den skal kunne være av noen betydning (Field, 2009). De svake korrelasjonen gjenspeiles videre en svak Cronbach`s alfa verdi. Faktorstrukturen for begge dimensjonene viser seg derimot å være optimal ved å ha endimensjonal struktur med sterke ladninger.

Verdiene for corrected item- total correlation sier noe om korrelasjonen mellom indikatoren og totalskåren. Verdier som er mindre enn .3 vil ikke kunne korrelerer godt nok med skalaen totalt sett og indikatorene dette eventuelt vil gjelde anbefales å forkastes. I tilfellet med intensitet har nesten alle indikatorene en verdi tilnærmet lik .3 som er marginen for å kunne beholde en indikator Unntaket gjelder indikator d som er $<.3$. For sårbarhet viser flertallet av indikatorene å være mindre enn dette kriteriet. I følge kolonnene for Cronbach`s α if item deleted vil det å forkaste noen av indikatorene fra de enkelte dimensjonen ikke kunne resultere i noe sterke forhold mellom indikatorene. Færre indikatorer vil kunne svekke dimensjonenes forklarings effekt desto mer. KMO testen indikerer heller ingen absolutt forkastelse av resultatet fra faktoranalysene. Indikatorsettene for intensitet og sårbarhet forblir derfor slik de i utgangspunktet var konstruert på tross av usikkerheten som vil følge med.

⁵ Kaiser (1974; i Field, 2009) anbefaler å akseptere verdier mindre enn .5 som ikke akseptabelt, verdier mellom .5 og .7 som middelmådig, verdier mellom .7 og .8 som gode, verdier mellom .8 og .9 som veldig gode og verdier større enn .9 som ekstremt gode.

4.2.2 Intensitetsvurdering og sårbarhetsvurdering av vaksinen

Slik som med trusselvurdering av svineinfluensaen ble også trusselvurdering av selve vaksinen målt gjennom dimensjonen intensitet og sårbarhet som hver ble observert gjennom et indikatorsett på fire. Gjennom hovedkomponentanalysen med varimax rotasjon ble det i begge tilfellene trukket ut to faktorer for hvert av indikatorsettene (se vedlegg 1, tabell 1.3a til 1.4d). Indikatorene for hvert sett viste seg å ikke måle den samme dimensjonen, et resultat som ikke var ønskelig å se for å kunne beholde alle indikatorene. Hver trusseldimensjon vil bli presentert hver for seg.

Korrelasjonsmatrisen for faktoranalysen av intensitetsvurdering VA viser at indikator c skiller seg ut som den eneste uten ladninger større enn .3. Intensitet c viser seg også å være den eneste med en svært svak ladning på faktor 1 som tolkes for å måle intensitet VA, og motsatt svært sterk på faktor 2. Intensitet b har en noe tvetydig tolkning da denne har størst ladning (.60) under faktor 2 og en lavere ladning (.48) under faktor 1. Derimot er den såkalte lavere ladningen av en betydningsfull ladning. Corrected item-total correlation for indikator b vises for å være godt over kriteriet for å kunne beholdes i motsetning til indikator C. Det å forkaste indikator b ville ha svekket Cronbach`s alfa (som et resultat av reduksjon av antall indikatorer i settet). Å beholde indikator c vil ikke ha noen betydelig innvirkning på økningen av Cronbach`s alfa. Intensitet c forkastes og en ny analyse blir kjørt på de tre gjenværende i indikatorsettet. Denne gangen blir det trukket ut kun en faktor (vedlegg 1, tabell 1.3c- d). Det antas dermed at de tre resterende indikatorene nå måler den samme dimensjonen. Grunnet fremdeles svake korrelasjoner og følgelig svak Cronbach`s alfa er indikatorsettet preget av noe usikkerhet som vil følge med i en videre analyse med bruk av dette settet.

Korrelasjonsmatrisen for sårbarhet VA har også svake korrelasjoner og Cronbach`s alfa indikerer likeså en svak intern reliabilitet. Også her er det en indikator som skiller seg ut allerede i korrelasjonsmatrisen, nemlig indikator b. Denne indikatoren har korrelasjoner langt mindre enn .3 mot de andre som har minst en korrelasjon tilnærmet lik .3. Faktorstrukturen viser at faktor 1 forklarer mest varians og jeg antar derav at indikatorene med høye ladninger her måler sårbarhet VA. Indikator b har høyere ladning på faktor 2 enn for faktor 1 og det antas at indikatoren ikke måler den dimensjonen jeg ønsket. Det å fjerne indikator b fra settet vil ikke styrke Cronbach`s alfa av noen stor betydelighet og heller ikke svekke den på tross av

redusering i antall indikatorer. Corrected item-total correlation for indikator b indikerer videre en svært lav korrelasjon med resten av skalaen. På grunnlag av dette forkastes sårbarhet b fra variabelsettet og det kjøres en ny analyse (vedlegg 1, tabell 1.4c- d). Analysen viser nå en endimensjonal faktorstruktur og det antas på bakgrunn av høye ladningene at de gjenværende indikatorene nå måler dimensjonen de var designet for. Korrelasjonene og Cronbach`s alfa er fremdeles på et middels tilfredsstillende nivå, et resultat som også her må tas i betraktning i anvendelsen av indikatorsettet i en videre analyse.

4.2.3 Responseeffekt og mestringstro

Mestringsvurdering av den adaptive responsen ble målt gjennom dimensjonene responseeffekt og mestringstro med et sett på fire og fem indikatorer hver (se vedlegg 1, tabell 1.5a til 1.6d). Hovedkomponentanalysen av responseeffekt trakk ut en faktor med egenverdi > 1 . Korrelasjonsmatrisen viser flere betydningsfulle korrelasjoner $>.3$ og indikatorsettet viser seg å være det sterkeste av BM- dimensjonene. Indikator d skiller seg litt ut med noe svakere korrelasjoner enn de andre. Corrected item-total correlation for alle indikatorene, bortsett fra indikator d, er også godt over kravet for å kunne beholde en indikator. Indikator d viser seg uansett å ha en betydningsfull faktorladning og jeg velger derfor ikke å forkaste den. Det å forkaste indikatoren vi ikke kunne gi noe sterkere resultat. For dette indikatorsettet viser også KMO testen at utvalget er mer enn middelmådig godt nok for en faktoranalyse. Indikatorsettet forblir slik det i utgangspunktet var konstruert.

Hovedkomponentanalysen med varimax rotasjon av mestringstro resulterte i uttrekning av to faktorer. Av faktorstrukturen har indikatorene d og e svakest ladning på faktor 1 der de resterende har sterkest ladning. Korrelasjonsmatrisen viser at indikator d og e også har svært lave korrelasjoner, og indikator e korrelerer samtidig negativt med flere av de andre variablene. Corrected item-total correlation for indikator d og e viser at disse er langt under kravet om å kunne beholdes. Cronbach`s alfa viser en kritisk lav verdi på $.23$ for dette indikatorsettet. Det er på et solid grunnlag at indikator d og e forkastes for å kunne øke dimensjonens forklarings effekt. En ny faktoranalyse ble kjørt på og denne gangen trekkes det ut kun en faktor (vedlegg 1, tabell 1.6d). Den samlede alfa verdien har nå steget til $.46$. Korrelasjonene mellom de gjenværende indikatorene er fremdeles svake. Det å slette flere indikatorer vil ikke kunne forbedre dette indikatorsettet og jeg velger derav og beholde

indikatorerne. Usikkerheten i de marginale resultatene må tas i betraktning i den videre analysen.

4.3 Felles faktoranalyse med alle dimensjonene for beskyttelsesmotivasjon

De eksplorerende faktoranalysene ovenfor av de enkelte dimensjonene ble anvendt for å teste om de seks ulike indikatorsettene hver målte en eller flere dimensjoner. Etter forkastelse av flere av indikatorerne er det nå totalt sett 21 indikatorer ment for å måle beskyttelsesmotivasjon. I denne analysen vil alle disse 21 indikatorerne være sammenfattet i en felles eksplorerende hovedkomponentanalysen. Hensikten er å teste om indikatorerne virkelig målte den dimensjonen jeg forventet selv med alle de andre indikatorerne i spill, eller om de ville ha betydningsfulle ladninger på de andre dimensjonene også. Dette er en test på diskriminant validitet.

Antall faktorer trukket ut i denne faktoranalysen ble bestemt via en parallellanalyse⁶ (Zwick & Velicer, 1986). Tabell 8 viser i hvor mange faktorer som ville ha blitt trukket ut med Kaiser`s kriterium⁷ i betraktning mot parallell analysen. Det vises at syv faktorer hadde blitt trukket ut med Kaiser`s kriterium. Faktornummer 6 og 7 viser å være kun tilnærmet lik 1 og akkurat lik 1, og forklarer med det en ganske liten andel varians. Å trekke ut disse siste to faktorene vil kunne gå på bekostning av de fem første sterkere faktorene. Parallellanalysen (en helhetlig tabell vises i vedlegg 2, tabell 2.1) viser at det er kun de fem første faktorene som burde bli trukket ut. Dette kommer av at den tilfeldige gjennomsnittlige eigenverdien i parallellanalysen er mindre enn den opprinnelige eigenverdi ved de fem første faktorene. Vi er ikke interessert i en faktor som ikke har betydning for mer varians enn den parallelle faktoren oppnådd fra tilfeldige tall, fordi meningsfulle komponenter trukket ut fra det

⁶ En av de mest kritiske metodediskusjonene i faktoranalyse er antall faktorer å trekke ut. Det å spesifisere for mange faktorer og det å spesifisere for få er substansielle feil som påvirker resultatet, selv om det tradisjonelt sett er mest alvorlig å trekke ut for få faktorer (Field, 2009; Hayton, Allen & Scarpello, 2004). For få faktorer kan resultere i tap av viktig informasjon ved å ignorere en faktor eller kombinere den med en annen. Å trekke ut for mange faktorer kan mislede oss mot å fokusere på svake faktorer på bekostning av sterke. Parallellanalysen har derav bevist å være den mest presise metoden for å bestemme antall faktorer å trekke ut (Zwick & Velicer, 1986; Hayton, Allen & Scarpello, 2004). Denne analysen forsøker å overkomme en elementær begrensning ved Kaiser`s kriterium, nemlig overestimeringen av matrise rekkene som skyldes utvalgsfeil. Dette betyr at i et begrenset utvalg vil noen faktorer med eigenverdi større enn 1 kun oppstå som et resultat av utvalgsfeil. Parallellanalysen involverer konstruksjonen av et antall korrelasjonsmatriser av tilfeldige variabler basert på utvalgsstørrelsen og antall variabler i det opprinnelige datasettet. Den gjennomsnittlige eigenverdien fra de tilfeldige korrelasjonsmatrisene blir så sammenlignet med eigenverdiene til den opprinnelige korrelasjonsmatrisen. Bare faktorer med en eigenverdi som er større enn en eigenverdi av en tilfeldig faktor i parallellanalysen blir tatt med videre.

⁷ Kriteriet er basert på ideen om at eigenverdi 1 representerer en betydningsfull andel variasjon forklart av en faktor (Field, 2009).

opprinnelige data burde ha større eigenverdier enn parallell eigenverdier oppnådd fra tilfeldig data.

Tabell 8 Antall faktorer å trekke ut for rotasjon i faktoranalysen av BM

Faktor	Eigenverdi ved Kaiser`s kriterium	Eigenverdi ved parallell analyse	Eigenverdi etter oblik rotasjon
1	3.21	1.4006	2.82
2	2.52	1.3299	2.44
3	1.65	1.2769	1.70
4	1.32	1.2316	1.93
5	1.22	1.1907	1.76
6	1.08	1.1526	
7	1.00	1.1170	

De fem faktorene trukket ut ble rotert ved en oblik rotasjon. Valget om å anvende denne typen rotasjon var forankret i den teoretiske antagelsen fra beskyttelsesmotivasjon teorien om at faktorene er empirisk forbundet med hverandre. KMO testen for denne analysen viser .74 og indikerer med det at mønstre av korrelasjoner er godt nok kompakt for at faktoranalysen skal kunne gi distinkte og reliable faktorer. Samtidig viser Bartlett`s testen ($\chi^2(210) = 1553.60, p < .001$) at korrelasjonene mellom indikatorene var tilstrekkelig store nok for en hovedkomponent analyse. Tabell 9 viser mønstermatrisen for hvordan strukturen av ladninger fordelte seg på de fem faktorene. Det jeg ønsket å se i matrisen var at de ulike indikatorsettene skulle ha høye ladninger på en faktor. Faktorladninger større enn .3 vil være av betydelighet og i matrisen er disse ladningene markert med uthevet skrift. En faktor skulle også ha minst tre rene ladninger for å vær av betydning (Field, 2009). Det betyr at minst tre av indikatorene fra samme dimensjon må ha høye ladninger på kun en av faktorene.

Tabell 9 Mønstermatrise av hovedkomponentanalysen for BM (N= 462)

	Roterte Faktorer				
	1 Responseffekt	2 Intensitet- sårbarhet VA	3 Mestringstro	4 Intensitet SI	5 Sårbarhet SI
Intens SI a	.404	.325	.173	-.226	-.046
Intens SI b neg	.024	.021	.146	-.590	.159
Intens SI c neg	-.026	-.042	.143	-.713	-.056
Intens SI d	.276	.118	-.152	-.307	.199
Sårbar SI a	.022	.119	-.442	.032	.635
Sårbar SI b	.211	.326	-.088	-.302	-.056
Sårbar SI c neg	.121	-.147	-.001	-.471	.419
Sårbar SI d neg	-.140	-.019	.200	-.059	.721
Intens VA a	-.104	.787	.110	.095	.073
Intens VA b	-.244	.557	-.135	.072	.035
Intens VA d	.156	.637	.252	.324	.237
Sårbar VA a	.032	.467	-.131	-.187	-.085
Sårbar VA c neg	-.460	.256	-.101	-.393	-.080
Sårbar VA d	-.075	.637	-.084	-.141	-.164
Respons a	.804	-.096	-.013	.078	.016
Respons b	.801	-.029	-.046	.009	-.117
Respons c	.688	.003	.008	-.075	.030
Respons d neg	.292	-.223	-.069	-.180	.362
Mestring a	.107	.109	.498	.028	.257
Mestring b neg	.032	-.022	.620	-.089	-.109
Mestring c neg	-.117	-.055	.757	-.109	.001
Eigenverdi	2.82	2.44	1.70	1.93	1.76
KMO	.745				
Bartlett`s test of sphericity	$\chi^2 (210) = 1553.60, p < .001$				

For faktor 1 viste indikatorsettet for responseffekt den klareste faktorstrukturen med høye og betydningsfulle ladninger her. Motsatt var nærmest alle ladningene for dette indikatorsettet av liten betydning på de resterende faktorene. Unntaket var respons d som viser seg å ha høyest ladning på faktor 5 og en noe svakere ladning på faktor 1. En av indikatorene for intensitet SI og en indikator for sårbarhet VA viser seg å også være av betydning for faktor 1. For faktor 2 har indikatorsettene som i utgangspunktet var konstruert for å måle intensitet og sårbarhet VA mest betydning for variasjonen i faktor 2. Skårene for intensitet og sårbarhet er alle en felles funksjon av faktoren som forstås som trusselvurdering av vaksinen. Indikatorsettene for intensitet og sårbarhet VA forklarer like mye av variansen for faktor 2 og er et akseptabelt

resultat å kunne gå videre med. Nettopp fordi de henholdsvis er ment å måle to sider av den samme latente dimensjonen, nemlig trusselvurdering av vaksinen. Indikator intens SIa og sårbarhet SIb har også høy ladning på faktor 2. Faktor 3 tolkes for å måle mestringstro da indikatorsettet for denne dimensjonen har en struktur med høye ladninger her. Faktoren ser også ut til å forklare en del av variansen i sårbar SIc. Denne ladningen er negativ og varierer med det motsatt av indikatorsettet for mestringstro. Indikatorene med mest betydning for faktor 4 har negativ ladning⁸ og tolkes for å forklare intensitetsvurdering SI. Intensitet SI a skiller seg ut fra sitt resterende sett ved å lade høyere på faktor 1 og 2 enn på faktor 4. Fire indikatorer fra de andre dimensjonene av trusselvurdering (sårbarhet SIb og c, intensitet VAd og sårbarhet VAc) viser å også ha betydningsfulle ladninger på faktor 4. Faktor 5 tolkes for å være dimensjonen sårbarhetsvurdering SI da dette indikatorsettet har de høyeste ladninger her. Unntak finnes også her da sårbarhet SI b ser ut til å ha en ladning av særdeles liten betydning for faktor 5 og forklarer mer av variansen for faktor 2. Fra dimensjonene responseffekt og mestringstro har en indikator fra hvert sett også en betydningsfull ladning under faktor 5.

Faktorstrukturen er delvis uklar for dimensjonene av beskyttelsesmotivasjon av to grunner. For det første fordi en indikator har i flere tilfeller vist seg å ha ladninger av betydning på flere enn kun en faktor. Dette fører til den andre grunnen om at en faktor forklarer indikatorer som i utgangspunktet ikke hører hit. Til slutt er det viktig for strukturen i sin helhet at det under hver faktor er et flertall av betydningsfulle ladninger fra det en og samme indikatorsettet. Og denne faktorstrukturen vises i matrisen. Beskyttelsesmotivasjon teorien sier at det er en sammenheng mellom risikovurdering og mestringsvurdering, derimot viser korrelasjonsmatrisen over disse faktorene svært svake korrelasjoner (vedlegg 2, tabell 2.2). Faktorskåren for hver enkelt person på disse fem faktorene har blitt regnet ut med regresjonsmetoden (alle indikatorer inkludert i alle faktorskårer) for så å bli brukt i videre analyser.

⁸ En negativ ladning vil si at når skåren for faktoren øker vil de observerte indikatorene minke. I dette tilfelle er de negative ladningene et rent tilfeldig statistisk resultat og faktorens egentlige betydning blir derfor negativ intensitetsvurdering av svineinfluensaen. Denne faktorskåren har av den grunn blitt transformert ved å bli ganget med -1 før den ble anvendt i en den videre regresjonsanalysen. Ved dette har skalaen blitt snudd og ladningene blir positive.

4.4 Test av måleinstrumentene for tillit til ulike kilder

En eksplorerende hovedkomponent analyse ble anvendt med uttrekning av faktorer etter Kaiser`s kriterium eigenverdi > 1 for alle de fem dimensjonene for tillit til ulike kilder. KMO testen for hver tillitsdimensjon viser til verdier mellom .80 og .85. Dette er verdier som indikerer et veldig godt kompakt korrelasjonsmønster i hvert enkelt indikatorsett. Tabellen 10 viser antall indikatorer i dimensjonen etter at korrelasjonsstruktur og faktorstruktur har blitt kartlagt. Samt Cronbach`s alfa som er godt innenfor rekkevidden for at skalaen skal kunne gi sterk intern reliabilitet. Gjennomsnittskåren anvendt videre i regresjonsanalysen vises også i tabellen.

Tabell 10 Test av måleinstrumenter for tillit til ulike kilder

Dimensjon	Antall indikatorer	<i>N</i>	α	<i>M (SD)</i>
Univeristet/høyskole	5	494	.83	4.56 (1.10)
fhi.no, who.org, pandemi.no,	5	489	.83	5.56 (1.07)
Tv og/eller radio	5	496	.82	3.49 (1.03)
Aviser	5	494	.83	3.45 (1.05)
Familie/jevnaaldrende	4	496	.82	3.41 (1.10)

Hovedkomponentanalysene viste en endimensjonal struktur for alle de fem ulike tillitsdimensjonene, en struktur jeg optimalt ønsket å se for å kunne beholde alle indikatorene (se vedlegg 3, tabell 3.1a- 3.4 d). Korrelasjonsmatrisene for alle de fire første indikatorsettene viser gode resultater ved at alle indikatorer har sterke betydningsfulle korrelasjoner med hverandre. Total- item korrelasjon indikerer også at indikatorene er godt over kravet for å være av noen betydning for datasettet. Med dette antar jeg at de opprinnelige fem indikatorene designet for å måle vær tillitsdimensjon faktisk gjør dette i fire av de fem ulike dimensjonene. Den siste dimensjonen, ment for å måle tillit til jevnaldrende og/eller familie, har en indikator som skiller seg ut som særdeles svak i sitt sett. Dette gjelder indikator d som av korrelasjonsmatrisen har ingen betydningsfull sammenheng med de resterende indikatorene⁹ og en særdeles lav faktorladning. Verdien for item-total correlation er også langt under kriteriet for å kunne beholds. Indikator d forkastes på et godt grunnlag og det kjøres en ny analyse. Den nye analysen trekker fremdeles ut en faktor og denne gangen er alle faktorladningene av en betydning, samt er alle korrelasjonene mellom variablene sterke.

⁹ Dette resultatet baserer med høy sannsynlighet på den høye verdien deltakere tilskrevet denne indikatoren og den lave variansen. De fleste svarte at familie/ jevnaldrende er svært opptatt av personens helse.

4.5 Felles faktoranalyse med alle dimensjonene for tillit til ulike kilder

De individuelle faktoranalysene resulterte i forkastelsen av kun en indikator og det gjenstår totalt 24 indikatorer konstruert for å måle tillit til informasjon. Disse 24 indikatorene vil her bli anvendt i en felles hovedkomponentanalyse for å undersøke om dimensjonene kommer tydelig frem selv med alle indikatorene i spill. Antall faktorer trukket ut ble satt av en parallellanalyse (vedlegg 4, tabell 4.1). Seks faktorer ble trukket ut, like mange som også ville ha blitt trukket ut ved Kaiser`s kriterium (se tabell 11). Derav er det flere dimensjoner enn de fem antatt som underligger indikatorsettet. Da det forventes ut fra teorien at faktorene korrelerer med hverandre ble de uttrekte faktorene rotert ved en oblik rotasjon.

Tabell 11 Antall faktorer å trekke ut for rotasjon i faktoranalysen av tillit til ulike kilder

Faktor	Eigenverdi ved Kaiser`s kriterium	Eigenverdi ved Parallell analyse	Eigenverdi etter oblik rotasjon
1	7.07	1.43	5.71
2	3.57	1.36	3.48
3	2.41	1.31	3.14
4	1.75	1.26	3.76
5	1.46	1.22	2.79
6	1.20	1.19	3.15

KMO testen viser .77 og forteller at mønstre av korrelasjoner er godt nok kompakt for at faktoranalysen skal kunne gi distinkte og reliable faktorer. I tabell 12 vises strukturen av indikatorene fordelt på de seks faktorene. Den første faktoren tolkes for å være dimensjonene som i utgangspunktet var ment å forklare tillit til tv/radio og tillit til aviser hver for seg. Da disse mediene på teoretisk grunnlag har mye til felles når det gjelder deres rolle som informasjonskanal er det heller ingen overraskelse at disse to indikatorsettene former den samme underliggende faktoren. Faktoren gir derfor god mening. Nærmest alle ladningene er også rene (med unntak om 4c og 3c) ved at de har en sterk ladning på faktor 1 og ubetydelige ladning på de resterende faktorene. For de tre påfølgende faktorene er strukturen særdeles klar med høye ladninger. Faktor 2 antas å være tillit til universitet eller høyskole, faktor 3 tillit til jevnaldrende og/eller familie og faktor 4 tillit til nettstedene fhi.no, pandemi.no og/eller who.org.

Tabell 12 Mønstermatrise av hovedkomponentanalysen for tillit til ulike kilder (N= 483)

	Roterte faktorladninger					
	1 Aviser, tv, radio	2 Universitet/ høyskole	3 Jevnaldrende/ familie	4 Fhi.no, pandemi.no, who.org	5 Opptatt av din helse	6 Oppdatert informas- jon
Tillit 1a	.077	.830	-.132	-.087	-.014	.027
Tillit 1b	.066	.689	.101	.285	-.140	-.106
Tillit 1c	-.059	.794	.060	-.077	.048	.112
Tillit 1d	-.085	.566	-.018	.018	.509	-.099
Tillit 1e	.036	.783	.068	.177	-.062	.010
Tillit 2a	.041	.076	-.043	.757	.016	.035
Tillit 2b	.079	.098	.132	.747	.004	-.057
Tillit 2c	-.040	.004	-.046	.726	-.059	.308
Tillit 2d	-.137	.034	-.046	.528	.607	.015
Tillit 2e	.093	-.018	.001	.854	-.010	.009
Tillit 3a	.778	-.058	-.018	.136	.101	-.038
Tillit 3b	.843	.020	.045	-.008	-.037	.013
Tillit 3c	.119	.027	-.012	.120	.019	.880
Tillit 3d	.322	-.035	.077	-.097	.766	.072
Tillit 3e	.813	.112	-.006	-.006	.028	.086
Tillit 4a	.770	-.085	.001	.108	.115	-.012
Tillit 4b	.844	-.015	.048	-.077	-.041	.054
Tillit 4c	.122	.004	-.001	.115	.015	.886
Tillit 4d	.330	-.066	.076	-.104	.761	.077
Tillit 4e	.830	.105	-.002	-.020	.000	.075
Tillit 5a	-.011	-.059	.836	.103	.049	-.106
Tillit5 b	.041	.003	.783	.007	-.054	-.039
Tillit 5c	-.104	.108	.707	-.175	.085	.391
Tillit 5e	.082	-.002	.841	.001	-.016	-.018
Eigenverdi	5.71	3.48	3.14	3.76	2.79	3.15
KMO	.77					
Bartlett`s test of sphericity	$\chi^2 (276) = 9182.99$	$p < .001$				

De to siste faktorene gjør seg bemerket ved at indikatorene ”om kilden er opptatt av din helse” og ”om kilden kommer med oppdatert informasjon” har høye ladninger på hver sin faktor på tvers av kildene. Når det gjelder indikatoren tillit x d (opptatt av din helse) vises det i matrisen at den er av betydning for hver eneste tillitsdimensjon. Samtidig som den også er av betydning for faktor 5 hver gang den går igjen i indikatorsettene. Faktor 5 har en metodisk forklaring ved at den mest sannsynlig har oppstått som et resultat av at indikatorene har mye felles varians på tvers av kildene på grunn av spørsmålsformuleringen. Indikatoren som angår

om kilden kommer med oppdatert informasjon (tillit x c) har formet faktor 6. Tillit 1c er som den eneste oppdatert informasjon indikatoren med ingen betydning for faktor 6. Det at denne siste faktoren har oppstått har en lik forklaring som faktor 5, indikatorene har en felles varians på tvers av kildene. Av korrelasjonsmatrisen for faktorene (vedlegg 4, tabell 4.2) kommer det frem at faktor 1 (tv,aviser/radio) korrelerer betydelig med både faktor 5 og 6. Indikatorene som har formet disse to siste faktoren forblir i sine opprinnelige indikatorsett. Dette også på grunnlag av den sterke betydningen jeg fant ut at indikatorene hadde for de ulike tillitsdimensjonen fra de individuelle faktoranalysene.

Konklusjonen fra denne felles faktoranalysen er at strukturen viser særdeles klare og gode resultater. De to siste faktorene blir kun forstått som et resultat av felles varians på tvers av kildene av metodisk grunn og indikatorene dette angår forblir i sine opprinnelige variabelsett. På grunn av de klare resultatene fra denne felles faktoranalysen og samtidig de individuelle faktoranalysene vil gjennomsnittskårene for hver dimensjon bli anvendt i den videre analysen. Forskjellen vil være at dimensjonene for tillit til aviser og tv/radio blir nå forstått som en og samme dimensjon. Indikatorsettet vil bli henvist til som tillit til media og en ny gjennomsnittskåre har her blitt regnet ut. Verdien for Cronbach`s alfa viser meget god reliabilitet for dette nye indikatorsettet.

Tabell 13 Gjennomsnittskåre for dimensjonen tillit til media (N= 493)

Indikator	<i>M (SD)</i>
Tillit 3a	3.50 (1.26)
Tillit 3b	2.92 (1.35)
Tillit 3c	4.62 (1.39)
Tillit 3d	2.98 (1.44)
Tillit 3e	3.38 (1.33)
Tillit 4a	3.51 (1.29)
Tillit 4b	2.90 (1.35)
Tillit 4c	4.56 (1.42)
Tillit 4d	2.96 (1.43)
Tillit 4e	3.29 (1.33)
Total	3.47 (1.02)
α	.91

4.6 Paret T- test med indikatorene for optimistisk bias

Optimistisk bias ble operasjonalisert i en mild og en alvorlig form for svineinfluensa. Følgelig vil det bli vist til to t- tester. Disse avhengige t- testene undersøker om det er noe signifikant forskjell mellom snittskårene for risikovurderingen av seg selv og for sine jevnaldrende. Tabell 14 inneholder antall respondenter og gjennomsnitt (med standardavvik) for hvert av de enkelte vilkårene ved optimistisk bias. I nest siste kolonne vises forskjellen mellom snittskårene for bias a og bias b sammen med standardfeilen. I siste kolonne vises t- verdien og den tohalete signifikansen til optimistisk bias mild form og optimistisk bias alvorlig form. Forskjellen mellom gjennomsnittskårene er signifikante og det konkluderes med at det finnes en optimistisk bias i mitt datamateriale, både for den milde og alvorlige formen for svineinfluensa.

Tabell 14 Paret t- test med indikatorene for optimistisk bias

	N	M (SE)	delta M (SE)	t (sig.)
Bias 1.a	493	3.79 (.08)	-.53 (.08)	-6.28 (<.001)
Bias 1.b		4.32 (.07)		
Bias 2.a	496	1.90 (.05)	-.76 (.06)	-11.64 (<.001)
Bias 2.b		2.66 (.06)		

Den samme testen har også blitt anvendt på utvalget som kun gjaldt de som ikke har tatt vaksinen. Med kun dette utvalget av respondenter i betraktning vises det fremdeles en signifikant lavere risikovurdering for den milde formen (N=361) av seg selv (M= 3.87, SE= .08) enn for sine jevnaldrende (M= 4.15, SE= .09, $t(360) = -3.16$, $p = .002$). For den alvorlige formen (N=365) er risikovurderingen av seg selv (M=1.77, SE=.05) lavere enn for sine jevnaldrende (M=2.55, SE=.07, $t(364) = -11.26$, $p < .001$). Optimistisk bias vises altså fremdeles i betraktning av denne delgruppen alene.

4.7 Logistisk regresjon av beskyttelsesmotivasjon

Gitt at jeg vet respondentenes trusselvurdering og mestringsvurdering ønsker jeg med denne analysen å kunne predikere om en person har intensjon¹⁰ eller ingen intensjon om å ta vaksinen. Dette gir et tilfelle hvor den avhengige variabelen er dikotom og en logistisk regresjonsanalyse har derfor blitt anvendt. Det har blitt kjørt to analyser, en med gjennomsnittskårene og en med faktorskårene, med det samme målet om å teste

¹⁰ Utvalget for delgruppen som har intensjon om å ta vaksinen inkluderer også de respondentene som ikke har bestemt seg ennå. Se metodedel 3.3 for en nærmere argumentasjon.

beskyttelsesmotivasjon teorien ved å predikere intensjon. Resultatet fra de individuelle faktoranalysene viste svake resultater for måleinstrumentene av BM. Hensikten med to logistiske regresjonsanalyser er å sjekke om resultatene med gjennomsnittskårer er påvirket av de svake måleinstrumentene, eller om resultatet vil repliseres med faktorskårene. Utvalget for begge analysene baserer seg på de som ikke har tatt svineinfluensavaksinen.

4.7.1 Logistisk regresjon med gjennomsnittskårer

Utefra observert data vet jeg at det var 120 stykker som hadde intensjon om å ta eller kanskje ta vaksinen mot 245 som hadde ingen intensjon om det. Med kun denne informasjonen i betraktning vill den beste predikasjonen vært at en student i alderen 20- 29 år mest sannsynlig ikke vil la seg vaksinere, da dette vil være riktig i 245 av totalt 365 tilfeller. Prosentvis ville hele 67.1 % bli plassert i riktig kategori med kun denne informasjonen å basere seg på. Ved å tillegge informasjonen om gjennomsnittskåren for de ulike BM- dimensjonene sammenlignes denne modellen med modellen hvor kun konstanten er inkludert. Antall riktig predikerte klassifikasjoner vil da øke fra 67.1 % til 74.5 % når intensjon lar seg basere på skårene i indikatorsettene. -2 Log- likelihood er en indikator på hvor mye uforklart varians det vil være før og etter at modellen har blitt tilpasset. Log- likelihood for modellen med kun konstanten inkludert viste 462.31 og med alle dimensjonene inkludert blir log- likelihood redusert til 362.89. Reduseringen forteller at intensjonen om å vaksinere seg forklares bedre når alle BM- dimensjonene er inkludert. Log- likelihood har en kji- kvadrat fordeling og differansen mellom disse verdiene kan signifikanstestes. Resultatet av testen viser at det å inkludere alle de uavhengige variablene gir en signifikant bedre forklaringssevne av intensjon. Cox and Snell R Square er et annet mål som også vurderer modellen i sin helhet basert på log- likelihood, men som tar utvalgstørrelsen i betraktning. Nagelkerke R square er i konseptet lik med Cox and Snell ved å summere opp hvor mye av spredningen i datasettet som med suksess blir forklart av modellen. Begge testene indikerer at modellen med alle BM- dimensjonene inkludert forklarer en god nok del av variansen (selv om den større delen av variansen forblir uforklart). Resultatene vises i tabell 15.

Tabell 15 Logistisk regresjon med gjennomsnittskårer, regresjonskonstant = -.71 (N=365)

Dimensjon	B	Wald	Sig.	Exp(B)
Intensitet SI	.73	20.59	<.001	2.09
Sårbarhet SI	.38	8.66	.003	1.46
Intensitet VA	-.27	4.42	.036	.77
Sårbarhet VA	-.26	3.09	.079	.77
Respons	.58	21.76	<.001	1.79
Mestring	-.28	6.27	.012	.76

-2 Log likelihood = 362.89
Cox and Snell R Square = .24
Nagelkerke R Square = .33

Regresjonskoeffisienten (B) og oddsraten (Exp(B))¹¹ for de enkelte BM- dimensjonene forteller hvilken retning intensjon vil gå jo høyere trussel- eller mestringsvurderingen er. Wald observatoren forteller om dimensjonen er en signifikant predikat av utfallet. Dimensjonene for intensitetsvurdering og sårbarhetsvurdering av vaksinen har begge positive regresjonskoeffisienter og oddsraten er følgelig større enn 1. Dette forteller at sannsynligheten for å la seg vaksinere øker jo høyere trusselvurdering respondenten har av svineinfluensaen. Wald testen er signifikant for begge dimensjonene. Dimensjonene for intensitetsvurdering og sårbarhetsvurdering av vaksinen har oddsrate mindre enn 1. Sannsynligheten for å la seg vaksinere blir av det mindre jo høyere trusselvurdering respondenten har av vaksinen. Sårbarhet VA vises derimot for å ikke være av noen signifikant betydning i denne logistiske analysen. Dimensjonen sårbarhet VA vil av denne analysen bli forkastet som å ha en uavhengig påvirkning hvis de andre dimensjonene (også intensitet VA) er inkludert. Resultatet er ikke overraskende fordi faktoranalysen presenteret under delkapittel 4.3 viser at intensitet og sårbarhet VA egentlig former en dimensjon. Responseeffekt har oddsrate større enn 1 og viser at intensjonen om å vaksinere seg vil øke med en økende tro på effekten av vaksinering, Wald testen er også signifikant. Motsatt har dimensjonen for mestringstro en oddsrate mindre enn 1: Sjansen for å la seg vaksinere minker med økende tro på ens mestring av gjennomføringen av en vaksinasjon. Dette resultatet er under Wald observatøren

¹¹ I en lineær modell er svaret på hvor mye en variabel øker eller minker uavhengig av hvilket nivå man befinner seg på i den uavhengige variabelen. Effekten av en endring i en dikotom avhengig variabel blir derimot ikke den samme uansett nivå i den uavhengige variabelen. Ved å omkode andelene som har den visse egenskapen forsøkes det allikevel i logistisk regresjon å kunne uttrykke dette ikke- lineære forholdet på en lineær måte ved hjelp av logaritmer. Omkodningen foregår i to trinn. Først beregnes forholdstallet mellom andelen som har egenskapen og andelen som ikke har den, den såkalte odds. Dermed skjer en logaritmisk omkodning av oddsen som benevnes som logit. Regresjonskoeffisienten angir da hvor mye logiten øker eller minker når intensjon øker med en enhet. Oddsraten, Exp(B), gir den beste løsningen for tolkning av resultatet da dette effekt målet åpner for en forklaring av effekten som i en viss forstand er uavhengig av hvilket nivå man befinner seg på. Forutsetningen er imidlertid at effekten av en økning i BM- dimensjonene måles relativt snarere enn absolutt.

signifikant. Teoretisk sett gir dette mindre mening da beskyttelsesmotivasjon teorien sier at høy mestringstro skal kunne øke sjansen for å la seg vaksinere.

4.7.2 Logistisk regresjon med faktorskårer

Faktorskårene fra de fem faktorene trukket ut i hovedkomponentanalysen vil her bli anvendt for å på nytt kunne predikere intensjon. Forskjellen fra den logistiske regresjonsanalysen med gjennomsnittskårer er at med faktorskårene vil jeg få et resultat som baserer seg på de enkelte indikatorene som korrelerer høyt med hverandre uavhengig av hvilket indikatorsett de opprinnelig tilhørte. Denne regresjonsanalysen vil derfor kunne gi bedre reliabilitet i den egenskapen jeg her ønsker å måle, samtidig som den teoretiske entydigheten av de fem faktorene minker.

Om det ut fra observert data predikeres om ingen har intensjon om å la seg vaksinere vil dette være riktig i 228 tilfeller av totalt 338. Prosentvis ville 67.5 % av respondentene ha blitt riktig klassifisert. Ved å inkludere faktorskårene for de fem dimensjonene øker antall riktige klassifikasjoner med 7.4 %. -2 log-likelihood forteller at ved å inkludere de fem BM-dimensjonene forblir mindre informasjon uforklart, og intensjon predikeres dermed bedre nå. Kji-kvadrat statistikken forteller at denne forbedringen er av en signifikant betydning. Cox & Snell og Nagelkerke har begge verdier som tilsier at en god del av variansen blir forklart.

Tabell 16 Logistisk regresjon med faktorskårer, regresjonskonstant = -.73 (N=338)

Dimensjon	B	Wald	Sig.	Exp(B)
Intensitet SI	.68	20.61	<.001	1.96
Sårbarhet SI	.31	5.29	.021	1.37
Intens/sårbar VA	-.38	6.04	.014	.69
Respons	1.13	36.81	<.001	3.11
Mestring	-.41	8.13	.004	.66

-2 Log likelihood =322.91
 Cox and Snell R Square =.26
 Nagelkerke R Square =.37

Oddsratene for intensitet SI, sårbarhet SI og responseffekt er alle større enn 1. Det vil si at sjansen for å la seg vaksinere øker jo høyere vurderingen av disse dimensjonene er. Dimensjonene gir signifikante bidrag til modellen om å predikere intensjon. Dimensjonen for intensitet-/ sårbarhet VA viser at intensjon minker med høyere trusselvurdering av vaksinen. Denne dimensjonen gir også et betydningsfullt bidrag i predikasjonen av intensjon. Den siste dimensjon, mestringstro, ser fremdeles ut til å variere motsatt av hva BMT sier. Wald testen

viser også at dimensjonen fremdeles gir et signifikant bidrag om å predikere at intensjon om å ta vaksinen minker med høyere mestringsstro. Regresjonsanalysen med faktorskårer kommer frem til det samme resultatet som med gjennomsnittskårene og tillit til resultatene forsterkes.

4.8 Mulig påvirkning av forklaringsfaktorene på beskyttelsesmotivasjon

I denne multippel lineære regresjonsanalysen er hensikten å kunne bestemme i hvilken retning optimistisk bias og tillit til de ulike kildene påvirker trusselvurdering og mestringsvurdering. Utvalg består fremdeles av den delen som ikke har tatt vaksinen. Den avhengig variabel er faktorskårene for de fem BM- dimensjonene. Bruk av faktorskårene fra den felles faktoranalysene vil gi mer reliabilitet, enn det å bruke gjennomsnittskårene som viste seg å være noe svake. De uavhengige variablene er gjennomsnittskårene for de ulike tillitsdimensjonene da måleinstrumentene viste seg å være endimensjonale og å ha god intern reliabilitet. Det vil bli vist til fem regresjonsanalyser for å vise til effekten av forklaringsfaktorene på hver av de fem BM dimensjonene. Tabell 17 viser resultatet fra regresjonsanalysen, de signifikante forklaringsfaktorene er markert med uthevet skrift.

Tabell 17 Lineær regresjon med tillit og optimistisk bias på BM (N= 334)

Intens SI (konstant = .70)					
	B	SE B	β	Sig.	
Media	-.22	.06	-.22	<.001	R= .23
Universitet/ høyskole	.07	.06	.07	.230	R ² = .05
pandemi.no/ fhi.no/who.org	-.02	.06	-.02	.727	Adjusted R ² = .03
Jevnaldrende/ familie	<-.01	.05	<-.01	.974	F (sig.) = 2.92 (.009)
Bias mild	.01	.03	.01	.826	
Bias alvorlig	.06	.04	.09	.113	
Sårbar SI (konstant= -.62)					
	B	SE B	β	Sig.	
Media	-.03	.06	-.03	.604	R = .14
Universitet/ høyskole	-.03	.06	-.03	.584	R ² = .02
pandemi.no/fhi.no/who.org	.13	.06	.14	.037	Adjusted R ² = <.01
Jevnaldrende/ familie	.05	.06	.05	.418	F (sig.) = 1.08 (.375)
Bias mild	.03	.03	.05	.318	
Bias alvorlig	.03	.04	.04	..420	
Intens/ Sårbar VA (konstant= -.53)					
	B	SE B	β	Sig.	
Media	-.01	.06	-.01	.826	R= .17
Universitet/ høyskole	.04	.06	.04	.473	R ² = .03
pandemi.no/ fhi.no/who.org	.02	.06	.02	.715	Adjusted R ² = .01
Jevnaldrende/ familie	.07	.05	.08	.160	F (sig.) = 1.60 (.147)
Bias mild	.01	.03	.02	.767	
Bias alvorlig	-.10	.04	-.14	.012	

Responseffekt (konstant= -2.59)					
	B	SE B	β	Sig.	
Media	.13	.05	.13	.015	R= .47
Universitet/ høyskole	.09	.05	.10	.078	R ² = .22
pandemi.no/fhi.no/who.org	.30	.05	.34	<.001	Adjusted R ² = .21
Jevnaldrende/ familie	-.03	.05	-.04	.451	F (sig.) = 15.48 (<.001)
Bias mild	.05	.03	.08	.089	
Bias alvorlig	<.01	.04	.01	.882	
Mestringstro (konstant= -.61)					
	B	SE B	β	Sig.	
Media	-.14	.06	-.14	.019	R= .22
Universitet/ høyskole	-.03	.06	-.03	.657	R ² = .05
pandemi.no/ fhi.no/who.org	.08	.06	.08	.207	Adjusted R ² = .03
Jevnaldrende/ familie	.16	.05	.17	.003	F (sig.) = 2.83 (.011)
Bias mild	-.05	.03	-.08	.118	
Bias alvorlig	-.06	.04	-.08	.142	

Tillit til media viste seg å være den eneste betydningsfulle prediktor for intensitetsvurderingen av svineinfluensaen. Resultatet viser at intensitetsvurderingen SI minker med .22 enheter når tillit til media øker med en enhet. For sårbarhetsvurderingen av svineinfluensaen viste tillit til myndighetenes nettsider å være en signifikant prediktor. Resultatet indikerer at sårbarhet SI øker med .13 enheter når tillit til myndighetene øker med en enhet.

Når det gjelder trusselvurderingen av vaksinen viste optimistisk bias for den alvorlige formen å være en signifikant forklaringsfaktor for intens-/sårbar VA. Koeffisienten er her negativ og indikerer at trusselvurderingen av vaksinen minker med -.10 enheter når bias alvorlig form øker med en enhet. Tolkningen av koeffisienten er derav ikke like intuitiv fordi den må ses i forhold til operasjonaliseringen av optimistisk bias som en differanseskåre mellom risikovurderingen av seg selv og andre. Det vil si at jo lavere differanseskåren (negativ) er, jo større vil den optimistiske bias være. Motsatt vil den optimistiske bias være lavere desto høyere differanseskåren er. Når koeffisienten her forteller at trusselvurderingen minker når optimistisk bias øker, vet vi at en økning i differanseskåren for bias vil bety en lavere tendens av optimistisk bias. Av det vil tolkningen av denne negative koeffisienten være slik at når tendensen for optimistisk bias alvorlig form minker vil trusselvurderingen av vaksinen også minke.

Tillit til media og myndighetenes nettsider viste seg å begge være signifikante prediktor for responseffekt. Regresjonskoeffisientene viser at responseffekt er en positiv funksjon av disse tillitsdimensjonene. Responseffekt øker med henholdsvis .13 og .30 enheter når tillit til media

og myndighetene øke med en enhet. Til slutt viser mestringstro seg for å være en betydningsfull negativ funksjon av tillit til media og en positiv funksjon av tillit til familie/ jevnaldrende. Altså vil mestringstro minke med $- .14$ enheter når tillit til media øker med en enhet. Og motsatt vil mestringstro øke med $.16$ enheter når tillit til familie/ jevnaldrende øker med en enhet.

4.9 Sammenfatning av resultater

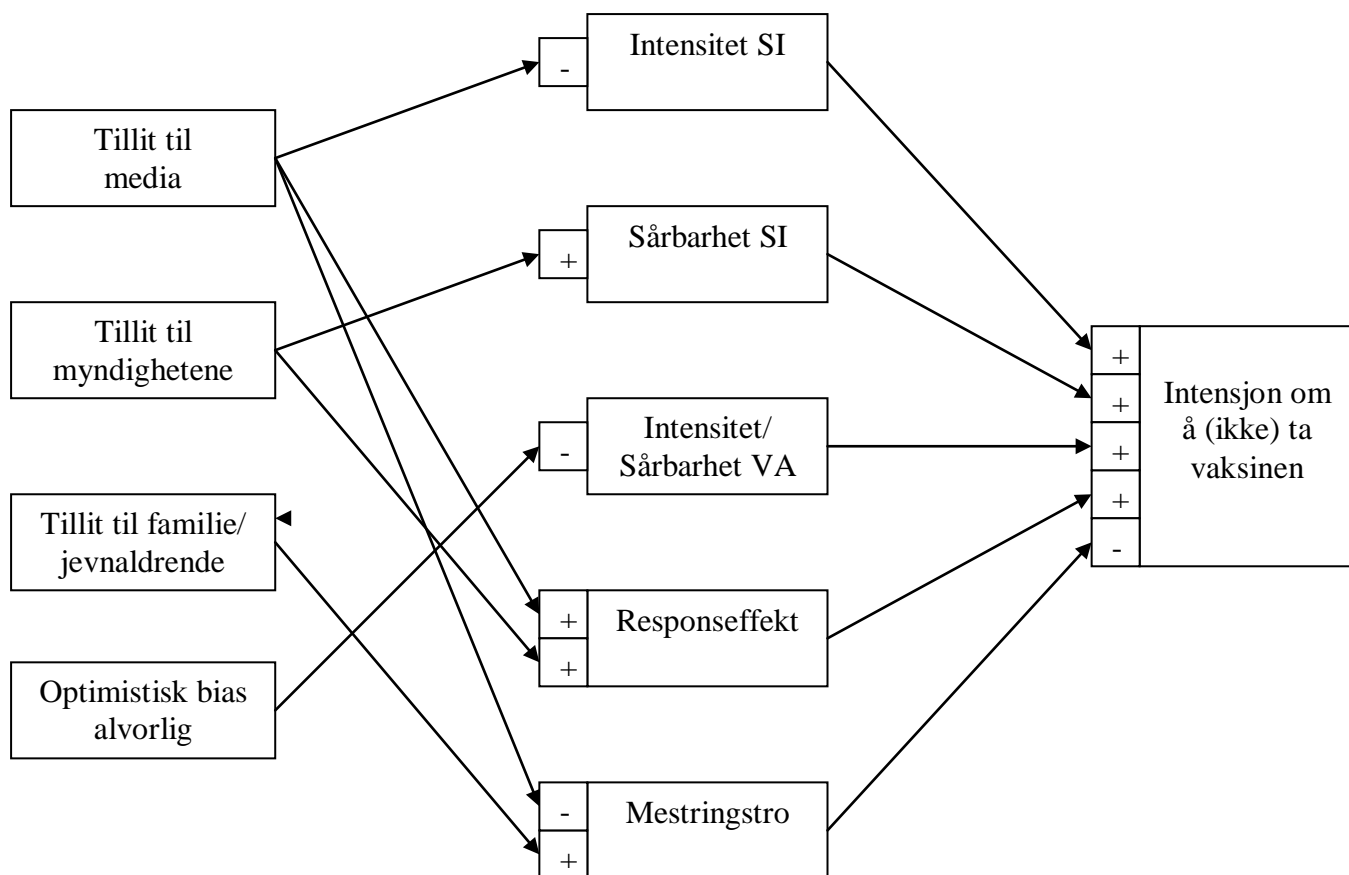
Korrelasjon- og faktorstrukturen for de enkelte indikatorsettene for BM viste svake resultater. Responseeffekt kom ut med de sterkeste korrelasjonene og sårbarhet SI med de svakeste korrelasjonene. Den felles faktoranalysen av alle dimensjonene for BM resulterte i en sammenslåing av intensitet- og sårbarhetsvurdering av vaksinen. Faktorstrukturen viste i sin helhet å være noe uklar da flere indikatorer fra ulike BM dimensjoner hadde betydningsfull ladninger på samme faktor. De enkelte analysene av måleinstrumentene for tillit til de ulike kildene viste seg å være særdeles sterke. Faktoranalysen med alle tillitsindikatorene i spill produserte en veldig klar struktur av de ulike dimensjonene. Dimensjonene for tillit til aviser og radio/tv viste seg å forklare den samme underliggende faktoren, og disse ble av det forstått for å sammen forklare tillit til media generelt. En ny gjennomsnittskåre ble regnet ut for bruk av indikatorsettet i regresjonsanalysen. Av den parete t- testen kom det frem at det finnes en optimistisk bias både for den milde og alvorlige formen for svineinfluensa.

Det viste seg at de logistiske regresjonsanalysene repliserte det samme resultatet med gjennomsnittskårene som med faktorskårene. Alle BM- dimensjonene viste seg for å være av signifikant betydning for predikasjon av intensjonen om å la seg vaksinere. Antagelsen om at intensjon var en positiv funksjon av trusselvurderingen av svineinflensaen og en negativ funksjon av trusselvurdering av vaksinen, viste seg å samsvare med resultatet fra analysen. Mestringsvurderingen av vaksinen, målt gjennom responseeffekt og mestringstro, viste seg å gi svar som gikk både med og mot antagelsene i BMT. Responseeffekt ga seg ut for å samsvare med teorien, nemlig at intensjonen om å la seg vaksinere ville øke med økende tiltro til responseffekten av vaksinen. Derimot viste intensjon seg for å være en negativ funksjon av mestringstro. Dette resultatet motsir BMT sin formulering om at beskyttelsesmotivasjon må være en positiv funksjon av mestringstro for at anbefalt respons skal kunne ta form. Den lineære regresjonsanalysen hadde sin hensikt om å undersøke om dimensjonene for tillit til de ulike kildene og optimistisk bias var av noen betydning for om trussel eller

mestringsvurdering ville øke eller minke. Alle kildene viste seg ikke å ha noen signifikant betydning for trussel- og mestringsvurdering. For å få en ryddig oversikt over hvilke resultater som var av betydning vil disse her bli ramset opp:

- Intensitetsvurderingen av svineinfluensaen minker når tillit til media øker.
- Responseeffektvurderingen øker når tillit til media øker.
- Mestringstro minker når tillit til media øker.
- Sårbarhetsvurderingen av svineinfluensaen øker når tillit til myndighetenes nettsider øker.
- Responseeffektvurderingen øker når tillit til myndighetenes nettsider øker.
- Mestringstro øker når tillit til familie/jevnaaldrende øker.
- Intensitet- og sårbarhetsvurdering av vaksinen minker nå tendensen for optimistisk bias alvorlig form minker.

Resultatet for motivasjonen til å tilegne seg den adaptive responsen om å la seg vaksinere mot svineinfluensa vises i figur 2.



Figur 2 Utvidet modell for beskyttelsesmotivasjon

5 Diskusjon

5.1 Lav oppslutning om å la seg vaksinere mot svineinfluensa

Slik som Folkehelseinstituttet sine registreringer viste, at unge voksne i alderen 20- 29 hadde lav oppslutning om å la seg vaksinere, fant jeg også i mitt datamateriale at flertallet av studentene nettopp ikke hadde vaksinert seg. Det var 26.3 % som hadde vaksinert seg mot 743.7 % som ikke hadde vaksinert seg. Av de som ikke hadde vaksinert seg svarte hele 67.1 % at de heller ikke hadde noen intensjon om å la seg vaksinere. Muligens ville responsraten vært noe annerledes om deltagerne hadde svart på spørreundersøkelsen på et tidligere, mer intenst og usikkert tidspunkt av svineinfluensaen. Det må tas i betraktning at svineinfluensaen allerede har vært gjennom to bølger med et toppunkt i november 2009. På det tidspunktet jeg møtte respondentene, februar 2010, var den pandemiske situasjonen lav og synkende. Når respondenten svarer på spørsmål om de planlegger å ta vaksinen må dette ses retrospektivt. Folk har opplevd situasjonen på sitt verste slik den artet seg her til lands, og flertallet i utvalget, hele 79.6 %, ser ut til å ha gjennomgått bølgene uten å ha blitt smittet av viruset. Om situasjonen hadde vært økende ville antagelig flere befinne seg i situasjonen om å vurdere å ta vaksinen. Derimot var omstendighetene slik at norske helsemyndigheter fremdeles oppfordret folket til å la seg vaksinere selv om situasjonen nå var synkende. Og det faktum at de færreste hittil nettopp heller ikke hadde vaksinert seg forteller følgelig at selv på svineinfluensaens toppunkt hadde ikke disse beskyttelsesmotivasjon nok til å utføre en vaksinasjon.

Diskusjonen vil herifra være delt i to større hoveddeler hvorav den første vil ta for seg testen av modellen for beskyttelsesmotivasjon, intensjonen om å la seg vaksinere mot svineinfluensa. Den andre delen vil ta for seg testen av de mulige påvirkningene av optimistisk bias og tillit på trussel- og mestringsvurdering. Hver del vil diskutere resultatets intuitive tolkning for så å drøfte dette i lys av tidligere teori. Videre vil det bli gjort rede for metodiske implikasjoner før det avslutningsvis vil trekkes en konklusjon.

5.2 Intensjonen om å la seg vaksinere, vurdert gjennom BMT

Intensjonen (beskyttelsesmotivasjonen) om å la seg vaksinere er en funksjon av mengde trussel- og mestringsvurdering av svineinfluensaen og vaksinen fremkalt gjennom en kognitiv vurdering av intensitet, sårbarhet, responseffekt og mestringsstro.

Responsen om å ikke la seg vaksinere er et resultat av estimatet om at omfanget og alvorret (intensitet) ved svineinfluensa er lav og at sjansen for å bli rammet (sårbarhet) av influensaen følgelig også er lav. I denne oppgavens forbindelse var det ulike negative utfall (responskostnader) assosiert med det å la seg vaksinere mot svineinfluensa. Vaksinen var ny og ikke utprøvd i stor nok skala til at folk kunne kjenne alle mulige bivirkninger, og det sirklet mye usikkerhet rundt trusselen ved nettopp det å la seg vaksinere. Den observerte trusselvurderingen av vaksinen blir derfor forstått som mulige responskostnader ved å tilegne seg den adaptive atferden. Responsen om å ikke la seg vaksinere er et resultat av en høy trusselvurdering av vaksinen. Dette er i tråd med BMT om at intensjon må være en negativ funksjon av responskostnader for at den adaptive atferden skal kunne ta form. Dimensjonen for trusselvurdering av vaksinen viste seg å ha en uavhengig påvirkning på intensjon når trusselvurdering svineinfluensa og mestringsvurdering ble kontrollert for. Studentene med ingen intensjon har mindre tiltro til at det finnes en fare ved den pandemiske influensaen og mer tiltro til negative utfall ved å vaksinere seg. Som forventet utefra BMT viste intensjonen om å la seg vaksinere å videre være forsterket av responseffektvurderingen. Troen om at en vaksinasjon vil kunne beskytte seg selv og andre mot å få svineinfluensa er avgjørende for om en vil gjennomføre atferden. En lavere tiltro til den preventive effekten ved å vaksinere seg vil forsterke responsen om ikke la seg vaksinere. I følge BMT vil en sterk tro på ens personlige forutsetninger om å kunne gjennomføre den anbefalte adaptive atferden med suksess (mestringstro) forsterke intensjonen om å tilegne seg den adaptive responsen. Resultatet av analysen viste derimot at sjansen om å la seg vaksinere minket med en økende tiltro til ens egen mestringsevne. Responsen om å ikke la seg vaksinere er motsatt et resultat av en høy tiltro til egen mestringsevne. Dette gir liten teoretisk mening og det settes spørsmålsteget til om det faktisk er mestringstro som har blitt observert.

Indikatorsettet designet for å måle mestringstro fokuserte på problemer respondenten kunne forvente å møte på i tilegnelsen av den adaptive respons og det ser ut til at jeg istedenfor har målt responskostnader. Tradisjonelt sett skal målingene av mestringstro fokusere på ens personlige tro på seg selv til å gjennomføre anbefalt respons. Dette blir ofte vurdert med spørsmål rettet mot problemer individet forventer å møte på eller til tvil om ens egen evne til å forandre atferd og forveksles med responskostnader (Weinstein, 1993, Rogers & Prentice-Dunn, 1997). Weinstein (1993) legger frem at teorier nettopp ofte overser at det er en likhet mellom mestringstro og barrierer til handling. Weinstein (1993) skiller fenomenene konseptuelt fra hverandre ved å poengtere at det å spørre om ulike fordeler ved en respons vil

veie opp for eventuell kostnader (responskostnader) er ulikt fra det å spørre om et forsøk på å gjennomføre responsen, fordi det kan feiles, faktisk er gjennomførbart idet hele tatt (mestringstro). Operasjonaliseringen av mestringstro i denne oppgaven skulle ha vært fokusert mer mot påstandsformuleringer slik som dette for å med suksess nå sitt mål: Jeg er i stand til å gjennomføre en vaksinasjon.

Når det er sagt er fremdeles ikke den signifikante effekten av de istedenfor målte responskostnader på intensjon like raskt oppklart. Dette fordi resultatet fremdeles strider mot BMT sin antagelse om at intensjonen om å utføre en adaptiv atferd må være en negativ funksjon av responskostnader. I dette tilfelle kommer det frem at jo mer enig respondenten sier seg i at barrierer, slik som penger eller tid, ikke er et hinder for utførelsen av en vaksinasjon, jo mer sannsynlig viser det seg å være at respondenten heller ikke har intensjon om å vaksinere seg. Mulig forklaring på dette kan være at respondentene (om de har intensjon om å ta eller ikke ta vaksine) faktisk er uenig i at tid, penger eller det å ikke vite hvor å vaksinere seg vil være noe barriere for dem personlig, men at de kan forstå at dette vil kunne oppfattes som et hinder for andre. Jeg har altså ikke lykkes i å måle de kostnadene som faktisk måtte stå i veien for dem. I forståelsen av trusselvurderingen av vaksinen som responskostnader vises det derimot at dette er en betydningsfull barriere for intensjonen om å la seg vaksinere.

5.2.1 Beskyttelsesmotivasjon i lys av tidligere teori

Det har blitt kjent gjennom metaanalyser av BMT (Milne et al., 2000; Floyd et al., 2000) at majoriteten av empiriske studier finner trussel- og mestringsvurdering for å ha en signifikant positiv assosiasjon til beskyttelsesmotivasjon. Derimot blir effektstørrelsen funnet for å være liten. I disse studiene kommer det også frem at trusseldimensjonene, og da spesielt sårbarhet, viser seg for å generelt være noe svakere enn dimensjonene for mestringsvurdering. Resultatene fra disse metaanalysene har vist seg å bli replisert i denne studien ved at det finnes en signifikant predikativ effekt som dernest må ses i betraktning av resultatet om de svake måleinstrumentene. Dimensjonen for sårbarhet svineinfluensa kom ut for å være det svakeste måleinstrumentet for beskyttelsesmotivasjon. Og sårbarhetsvurderingen av VA viste seg å være noe svakere enn intensitetsvurderingen av VA.

Rollen av risikopersepsjon i utforming av holdning og atferd er et fundamentalt tema i helserelevante teorier. Temaet er ikke noe avgjort og det er ikke bare BMT som finner svake effekter av risikopersepsjon (Norman & Conner, 2005). I en metaanalyse gjort av Brewer et al. (2007) kritiseres helserelevante teorier om å generelt fokusere på kun to aspekter ved en trussel: sannsynligheten for negativt utfall hvis ingen anbefalt handling blir tilegnet (sårbarhet) og intensiteten ved skaden om den anbefalte handlingen ikke blir utført (intensitet). De mener da at det første aspektet bruker sannsynlighet ensbetydende med mulighet, mottakelighet og sårbarhet. Selv skiller de mellom to distinkte, dog overlappende, konsepter: sannsynlighet for skade og mottakelighet for sykdom. Forfatterne velger av det å skille mellom tre ulike typer av risikopersepsjon: persipert sannsynlighet (sannsynlighet for at en vil bli skadet av en fare), persipert mottakelighet (individets konstitusjonelle sårbarhet til faren) og persipert intensitet (omfanget av skaden). Brewer et al. (2007) tester i sin metastudie hypotesen om at høyere persipert sannsynlighet, mottakelighet og intensitet er assosiert med høyere vaksinasjons atferd (mot infeksjonssykdommer generelt). Analysen fant stødig resultater om at alle de tre målene for risikopersepsjon var relatert til vaksinasjons atferd.

Utfordringen om å måle risikopersepsjon ligger muligens også forankret i den fundamentale uvissheten ved en fare. Folk kan vanskelig besitte objektive vurderinger av en fares alvor og omfang når de gjør seg en mening. Gjennom BMT antydes det heller ikke at avgjørelsestageren er rasjonell. Rogers & Prentice-Dunn (1997) legger frem at alle de fremlagte vurderingsprosessene i BMT vil være påvirket av ulike kognitive og motivasjonelle bias og disse vil derav tett tilsvare mengden beskyttelsesmotivasjon fremkalt. I dette henseende anerkjenner muligens ikke BMT den viktige rollen spilt av følelser når vi orienterer oss rundt i usikre og komplekse omgivelser. Flere studier har kritisert BMT (og helserelevante atferdsteorier generelt) om å ikke anerkjenne rollen spilt av følelser i risikopersepsjon (O'Keffe, 2002; Weinstein et al, 2007; Chapman og Coups, 2006). Når vi gjør oss avgjørelser under usikre situasjoner i fravær av en komplett kunnskapsforståelse har forskning bevist at følelser fungerer som ledetråder (Slovic, Finuance, Peters & MacGregor, 2002). Å ha tiltro til følelser gjør det enklere å kunne orientere seg rundt i usikkerhet ved at følelser er mer umiddelbare enn analytisk tenkning (Slovic, Finuance, Peters & MacGregor, 2004)¹². Studier har også vist at å operasjonalisere risikopersepsjon som mer følelsesbetonte

¹² Dette er funn som støtter risiko som følelser hypotesen og affekt heuristikk om at følelser er mer umiddelbare forløpere for avgjørelser enn kalkuleringer av risikosannsynlighet (Slovic, Finuance, Peters & MacGregor, 2002). Selv om analytisk tenkning så absolutt er viktig i noen omstendigheter hvor avgjørelser tas, er allikevel

estimat har en sterkere sammenheng til helsereelatert intensjon (Chapman og Coups, 2006; Weinstein et al, 2007).

5.2.2 Metodiske implikasjoner

En årsak til resultatet om de svake måleinstrumentene for beskyttelsesmotivasjon kan delvis ligge forankret i feilen om å ikke fokusere de ulike spørsmålsindikatorerne godt nok mot det jeg faktisk ønsket å måle (Meltzoff, 2006). De ulike spørsmålsformuleringene kan ha vært for lite rettet mot et konsekvent referansepunkt for alle respondentene å gjøre sine vurderinger utefra. Jeg vil her ta for meg implikasjonene ved operasjonaliseringen av BM indikatorerne.

Fokuset ved trusselindikatorerne for intensitetsvurderingen (både SI og VA) kunne muligens ha blitt forsterket om formuleringen hadde siktet mot konkrete helsereelaterte implikasjoner, konkrete andre infeksjonssykdommer og konkrete bivirkninger å estimere utefra. Slik flere av indikatorerne har blitt operasjonalisert vil noen respondenter referere til det verst tenkelige scenarioet og andre vil ta utgangspunkt i mer vanlige implikasjoner (som vanlig influensasymptomer). Fokuset feiles ved å gi et altfor åpent utgangspunkt for respondentene å gjøre sine vurderinger fra. Kanskje kunne måleinstrumentene blitt sterkere om det hadde blitt siktet mot respondentens mer direkte følelseestimat, heller en rent analytiske formuleringer om intensitet og sårbarhet. En av indikatorerne skiller seg ut for være mer følelsesbetont i sin formulering ved å spørre om respondenten er bekymret om en ny influensabølge vil komme. Dette står i kontrast til den mer analytiske formuleringen om respondentene synes det er få som har dødd av svineinfluensaen. Til dette spørsmålet gis det heller ingen alternativ til om de faktisk vet hvor mange tilfeller som har endt med død. Det kan av det være mye usikkerhet og igjen lite konsekventhet i respondentenes referansepunkt når han eller hun gjør seg opp en mening. For å gi respondentene et konsekvent bilde for sin vurdering av dette skulle det ha blitt fokusert på om de faktisk vurderte 29 dødsfall for å være et drastisk tall.

Brewer et al. (2007) har understreket feilen om å ikke rette respondentenes estimat av persepsjon ved det å ikke handle adaptivt i helsereelaterte studier. Problemet kan være et faktum her også da det har blitt oversett å måle en persons sårbarhetspersepsjon av hva sannsynligheten vil være hvis han eller hun ikke vaksinerer seg. Ved å ikke betinge

tillit til affekt og følelse en raskere, enklere og mer effektiv måte å orientere seg på rundt i en kompleks, usikker og til tider farlig verden (Slovic, Finuance, Peters & MacGregor, 2004).

spørsmålene på denne måten kan noen respondenter ha rangert sin sårbarhet som lav fordi personen har planer om å vaksinere seg. Deres sårbarhetsestimat vil derav kunne ta effekten av vaksinen på forskudd. Samtidig kan feilen om at flere av trusselestimatene i denne oppgaven er for ambisiøse på det hvis at det ikke er satt noe tidsramme for hvor langt frem i tid respondenten skal estimere sin sannsynlighet for å bli rammet av svineinfluensa. På den tiden respondentene svarer på spørreundersøkelsen er samtidig influensabølgen synkende og stabil. Det vil av det være en reell lavere sannsynlighet for å ikke bli rammet og deres risikoestimat vil derav være lavt. Andre vil kanskje vurdere sin sannsynlighet i forventningen av hvis en ny bølge ville komme. Sårbarhetsestimatet av om andre på min alder er spesielt sårbar for svineinfluensaen eller vaksinen viser seg i ettertid å vanskelig kunne ha en sammenheng med de andre i dimensjonen om estimert personlig sårbarhet gjennom teorien om optimistisk bias. Indikatoren ble designet på grunnlag av et viktig argument for å la seg vaksinere, nemlig å beskytte andre mer sårbare like mye som en selv. Forstått gjennom BMT må en ha en høyt persipert sårbarhet av andre for å ha beskyttelsesmotivasjon. For å finne ut dette måtte sårbarhetsvurdering av andre ha blitt målt som en egen dimensjon.

5.3 Påvirkning av optimistisk bias og tillit på dimensjonene for beskyttelsesmotivasjon

Det fantes helt klart en optimistisk bias i mitt datamateriale da en student i alderen 20- 29 år ser seg selv mindre sannsynlig til å få svineinfluensa enn sine jevnaldrende. Dette gjaldt for begge sannsynlighetsestimater av å bli rammet av en mild og en mer alvorlig form for influensa. Tendensen viste seg også å forekomme når kun den delen av utvalget som ikke hadde tatt vaksinen ble tatt i betraktning. Videre viste det seg at optimistisk bias for den alvorlige formen for svineinfluensa var en signifikant prediktor for hvilken retning trusselvurderingen av vaksinen gikk. De med en svak optimistisk bias viste seg å anse vaksinen som mindre farlig enn de med større bias.

Under en usikker situasjon, slik som med svineinfluensaen, har som oftest ikke mennesker den kunnskapen som trengs for å kunne vurdere den gitte informasjonens validitet og reliabilitet. Tillit til den gitte informasjonens kilde blir da forstått som en viktig faktor for å redusere kompleksiteten og usikkerheten de møter (Sigerist & Cvetkovich, 2000). Måleinstrumentet for tillit besto av persipert kompetanse, objektivitet, oppdatering (om kilden kommer med jevnlig informasjon), godvilje og pålitelighet. Sammen utgjorde dette en

dimensjon med god intern reliabilitet. Tillit til de ulike kildene¹³ viste seg å være av betydning for hvilken retning noen av de ulike dimensjonene for trussel- og mestringsvurdering ville gå. Resultatet for tillit vil bli gjort rede for nærmere etter diskusjonen om optimistisk bias.

5.3.1 Optimistisk bias

Feilaktig tro om at en selv er mindre sannsynlig til å få alvorlig svineinfluensa kan ha opphav i kilder slik som kontroll og tidligere erfaringer (Klein & Helweg- Larsen, 2001). Trolig finner folk seg selv for å være mer i stand til å ta de riktige forhåndsreglene og derav føle en mer kontroll over situasjonen enn hva de mener andre har. En større persepsjon av kontroll resulterer i en lavere personlig risikopersepsjon, noe som gjennom BMT ikke er heldig for at et individ skal kunne motiveres til å tilegne seg en adaptiv respons. Folk viser å ha et selektivt fokus når de sammenligner risikoestimat av seg selv med andre ved å primært fokusere på sin risikoreduserende heller enn risikomaksimerende atferd. Det selektive fokuset kan kanskje bli forstått som en egosentrisme ved at individer ignorerer at andre også kan ta del i risikominimerende atferd slik som en selv. Optimistisk bias er en ikke rasjonell og noen ganger automatisk prosess som forhindrer en virkelighetstro kartlegging av objektiv informasjon. Så lenge folk ikke ser seg selv for å ikke være i fare vil de heller ikke søke opp relevant informasjon og ellers gi relativt lite oppmerksomhet til gitt risikokommunikasjon (Weinstein, 1988). Effekten av optimistisk bias kan være en barriere for effektiv risikokommunikasjon da mennesker vil oppfatte den gitte informasjonen som mer relevant mot andre mennesker som er mer i faresonen (Frewer, 2003). Det typisk svake forholdet mellom risikopersepsjon og helsereelatert atferd som blir funnet i studier, slik som i denne studien av BMT, kan ha en sammenheng med tendensen om at folk underestimerer sin egen risiko.

5.3.2 Optimistisk bias og beskyttelsesmotivasjon

Optimistisk bias for den alvorlige formen for svineinfluensa var en signifikant prediktor for trusselvurdering av vaksinen. Det er overraskende at optimistisk bias ikke hadde en påvirkning på trusselvurderingen av svineinfluensaen da dette ville gitt god mening.

¹³ Den observerte dimensjonen for tillit til informasjon gitt av universitet eller høyskole kom ikke ut for å ha noe betydning for beskyttelsesmotivasjon. Tilegnelsen av informasjon herifra ville eventuelt ha vært gjennom helsemyndighetens oppslag om anbefalte forhåndsregler og samtale med andre studenter. Det ikke signifikante resultatet aksepteres ved at universitetet eller høyskolen ikke har operert som en egen kilde, men heller som en kommunikasjonsarena.

Konklusjonen trekkes om at størrelsen av optimistisk bias ikke var viktig for trusselvurderingen av svineinfluensaen. Den intuitive tolkningen av resultatet om trusselvurderingen av vaksinen er at de med større optimistisk bias vurderer trusselen ved vaksinen som høyere enn de med mindre bias. Resultatet gir ingen umiddelbar teoretisk mening ved at de som måtte se seg selv som "usårbare" samtidig viser en overdreven trusselvurdering av vaksinen. Den endelige trusselvurderingen av vaksinen er reflektert av optimistisk bias for den alvorlige formen, og derav vil tendensen også tett tilsvare målet av intensjonen om å la seg vaksinere. I tråd med resultatet om BMT vil de med høy trusselvurdering av vaksinen ha en lavere sannsynlighet for å la seg vaksinere. Regresjonsanalysen brukt for å komme frem til dette resultatet er korrelasjonsbasert og viser ikke kausale sammenhenger mellom variablene. Ved å tolke resultatet omvendt kan det kanskje finnes en forklaring med god mening. De som vurderer trusselen ved å vaksinere seg som høy vurderer seg selv som mindre sårbar enn sine jevnaldrende for å rettferdiggjøre for det faktum at de ikke planlegger å ta vaksinen. Trusselvurderingen av vaksinen øker når enn ser andre som mer sårbar for alvorlige komplikasjoner av svineinfluensaen enn seg selv, og en høy trusselvurdering av vaksinen vil minke sannsynligheten for å la seg vaksinere. Optimistisk bias vil kunne være en barriere for tilegnelsen av en adaptiv atferd og blir i betegnelsen av BMT forstått som en maladaptiv respons. Forskning har også vist at optimistisk bias vanskelig kan elimineres fra risikopersepsjon (Weinstein & Klein, 1995).

5.3.3 Tillit til informasjonskilder og beskyttelsesmotivasjon

De med mer tillit til informasjon gitt gjennom media hadde en lavere intensitetsvurdering, høyere responseffektvurdering og sa seg mer enig i at tid, penger eller uvitenhet om hvor å vaksinere seg vil være i veien for å la seg vaksinere. Det kan virke som om media har forholdt seg til informasjon med hentydning til en lav intensitetsvurdering av pandemien og et kritisk blick på den praktiske tilretteleggelsen ved massevaksineringen, men samtidig at effekten ved å vaksinere seg er preventivt. Nyheter er tilgjengelig for oss til alle døgnets tider, og særskilt tilgjengelig er det gjennom nettaviser hvor aktuelle saker blir oppdatert flere ganger i døgnet. Media spiller derfor en viktig rolle for hvordan vi oppfatter farer rundt oss. Hvor stor innflytelse media har på vår risikopersepsjon og om media faktisk gir det reelle bilde av virkeligheten er de store spørsmålene. Det som dernest er et mer avgjort faktum er at media har en indirekte påvirkning på oss i henseende av hva de velger ut som nyhetsverdige og derav retter vår oppmerksomhet mot dette (Frewer, Miles & Marsh, 2002, Litchenberg & MacLean,

1991). Gjennom hyppige avbildninger av situasjonen, blir det forstått gjennom teorien om tilgjengelighets heuristikk (Tversky & Kahneman, 2002) hvordan vi mennesker overestimerer sannsynligheten for at noe kan forekomme eller frekvensen av hendelser, uansett dens reelle omfang. Hyppige avbildninger av saker gjennom media gjør saker fremtredende for oss og derav mer tilgjengelig for å bli fremkalt fra hukommelsen og kan av det oppfattes for å være mer sannsynlig enn hva det i virkeligheten er. Resultatene om tillit til media går både med og mot den videre forståelsen av betydningen for trussel- og mestringsvurdering på intensjonen om å la seg vaksinere. En lav tiltro til intensitet minker intensjonen i motsetning til den positive effekten ved en høy tiltro til responseeffekten. Gjennom hyppige reportasjer om de f. eks lange køene for å la seg vaksinere kan dette ha hatt innflytelse over oppfatningen om at barrierene kunne være et hinder. Som nevnt i diskusjonen tidligere om den målte dimensjonen for barrierene viste det seg at de med en høy persepsjon av barrierene allikevel har intensjon om å vaksinere seg. De vurderer barrierene som mulig hinder, allikevel vil ikke dette stoppe dem personlig. Dette gir god mening med resultatet om at de med tiltro til informasjon gitt av media samtidig har tiltro til effekten ved å vaksinere seg selv på tross av høy vurdering av barrierene. Tiltro til den kritiske barriereinformasjonen i media kan ha dominert i så stor grad at svineinfluensaens intensitet blir oppfattet som overdrevet. Medierapportering har vist seg å ofte redusere kompleksiteten ved risikofaktorer ved å gi endimensjonale bilder av situasjoner (Lichtenberg & MacLean, 1991). Som oftest blir det ikke henvist til vitenskapelige beregninger om hvor sannsynlig noe er, nettopp fordi det for folk flest er uforståelig. Istedenfor fokuseres det som oftest på uenigheter eller konflikter, slik som kritikken om massevaksineringen, og dette vil kunne innrettes som tvil til ekspertene eller de ansvarlige. Muligens er ikke folk opptatt av graden om hvor sannsynlig noe er heller, de ønsker seg et svar om enten eller. Her kan media komme i konflikt med vitenskapens forståelse av risiko som et konsept bundet opp til graden av hvor sannsynlig det er for at negative utfall vil forekomme, ved at media likeså er ute etter å gi publikum et svar om enten farlig eller ikke farlig.

De med tillit til informasjon gitt av myndighetene har høyere sårbarhetsvurdering og responseeffektvurdering, enn de med mindre tillit. Informasjonen gitt av myndighetene forstås for å ha lyktes etter prinsippene i BMT om studentene har tillit til denne kilden. Dette fordi utfallet er i tråd med resultatet om at intensjonen om å la seg vaksinere vil øke når trussel- og mestringsvurderingen er høy. De med tillit til myndighetene stoler på at deres vurderinger er korrekte og tilegner seg informasjonen slik myndighetenes pandemiexperter vurderte

situasjonen. Mistillit til informasjon gitt av myndighetene viser seg å være en forklaring på hvorfor folk har en lav vurdering av ens egens sårbarhet for å bli rammet og effekten ved å vaksinere seg. Og derav tett følge intensjonen om å ikke la seg vaksinere. De med mindre tillit til informasjon gitt av myndighetene viser seg å blant annet vurdere kilden for å ha mindre fagkompetanse, være mindre objektiv og mindre opptatt av ens helse. De med mistillit er svært kritiske til informasjonskilden og myndighetenes mål om å oppfordre folk til å la seg vaksinere blir ikke like virkningsfull. Slik mistillit til helsemyndigheter er ganske alvorlig, og med en slik tvil til er det forståelig at disse ikke har tiltro til myndighetenes vurderinger om pandemiens trussel og at det å vaksinere seg er effektiv. Deres tvil til myndighetene kan ha en sammenheng med en mulig negativ oppfattelse av hvordan tilretteleggelsen av massevaksineringen ble håndtert. Persipert kompetanse har vist seg å mest sannsynlig være assosiert med persepsjonen av en suksessfull utførelse (Renn, 2008; Peters, Covello & McCallum, 1996). De kan ha oppfattet situasjonen som overdramatisk og følgelig rangere sjansen for å selv bli rammet og den preventive effekten ved en vaksinasjon som lav. Gjennom oppfattelsen av håndteringen oppfatter de ikke myndighetene for å besitte den nødvendige kompetansen for å kunne gi objektiv og troverdig informasjon.

Forståelsen for trusselen ved en pandemi er kompleks og uforutsigbar, og i slike situasjoner snur vi oss like mye mot hva familie og venner måtte si som hva slags informasjon media og myndigheter gir (Neuwirth & Frederick, 2004). Tillit til informasjon gitt av familie og nære kom ut for å være en signifikant prediktor for dimensjonen om fravær av barrierer. I motsetning til resultatet om denne dimensjonen og tillit til media, vil det her være slik at de som stoler på informasjon fra sin familie vil mene at barrierene ikke vil stå i veien for å la seg vaksinere. Følgelig vil en sterkere tro om at disse kostnadene ikke vil stå i veien fremdeles resulterer i en lav lavere opplutning om intensjonen om å la seg vaksinere. Dette kan muligens bety, slik som med media, at informasjon hjemmefra har handlet mest om debatten om fordelene og ulempene ved å vaksinere seg. Argumentene om å la seg vaksinere er vurdert på et nivå av trussel og har antageligvis vært et mer sentralt samtaleemne på hjemmebane.

5.3.4 Metodiske implikasjoner

Problemer ved operasjonaliseringen av de ulike måleinstrumentene for BM har blitt diskutert tideligere og er en årsak til at det gjennom faktoranalysene ble vist svakheter ved dimensjonenes endimensjonalitet og reliabilitet. Disse implikasjonene kan være med på å

begrense måleinstrumentenes evne til å fange opp virkeligheten. Dimensjonene for tillit til de ulike kildene viste seg å ha en mye bedre endimensjonalitet og reliabilitet. Det antas at disse måleinstrumentene er mer fingradert ved å godt kunne fange opp variasjonen av tillit. Uansett resultatet om endimensjonalitet og reliabilitet kan systematiske målefeil skape validitetsproblemer. Det kan blant annet være at noen personer svarer i samme retning på alle spørsmål uten at de ser på meningsinnholdet og andre kan vri svarene i retning av hva de oppfatter som sosialt ønskbart. Også nærliggende teoretiske begreper kan gi systematiske målefeil. Systematiske målefeil vil kunne påvirke det sanne forholdet mellom de uavhengige og den avhengige variabelen i regresjonsanalysene. Konsekvensen av dette kan være statistiske feilslutninger ved at det i realiteten ikke finnes noen effekt selv om det trekkes slutning om at det er en effekt.

5.4 Konklusjon

På tross av målproblematikken viste den logistiske regresjonsanalysen slik som antatt at intensjonen om å la seg vaksinere er en signifikant positiv funksjon av trusselvurdering av svineinfluenzaen og responseffekten, og en signifikant negativ funksjon av trusselvurderingen av vaksinen og vurderingen om fraværet av responskostnadene. For at gitt informasjon om en pandemisk influensa skal kunne motivere folk til å handle adaptivt må informasjonen bli lagt frem på den måten at pandemien forstås for å være alvorlig i nivå av intensitet for at folk derav ser seg selv som sårbar for å bli inntruffet av influensaen. For å øke sannsynligheten for at den adaptive atferden vil bli tilegnet må informasjonen bygge videre på den positive effekten ved å vaksinere seg slik at den potensielle trusselvurderingen av effekten ved å vaksinere seg blir undertrykt. Viktigheten om å klargjøre trusselinformasjonen om vaksinen viser seg å være desto viktigere å understreke i resultatet om tid, penger eller viten om hvor å vaksinere seg blir ikke oppfattet som barrierer for hverken avgjørelsen om å la seg vaksinere eller ikke vaksinere.

Det fantes helt klart en optimistisk bias for å bli rammet av svineinfluenza med både milde og mer alvorlige komplikasjoner. Den endelige trusselvurderingen av vaksinen viser seg å være reflektert av optimistisk bias for den alvorlige formen. Dette vil tett tilsvare målet om at de med høy trusselvurdering av vaksinen ikke har intensjon om å la seg vaksinere. Tendensen kan forstås for å være en følge av at de som vurderer trusselen ved å vaksinere seg som høy vurderer seg selv som mindre sårbar (for å bli rammet av influensa med alvorlige

komplikasjoner) enn sine jevnaldrende for å rettferdiggjøre for det faktum at de ikke planlegger å ta vaksinen. Ved dette vil optimistisk bias muligens kunne være en barriere for tilegnelsen av den adaptive atferden. Den endelige trussel- og mestringsvurderingen av svineinfluensaen er i flere av tilfellene reflektert av tillit til de ulike informasjonskildene, og vil derav tett tilsvare målet av intensjonen om å la seg vaksinere. De med mer tillit til informasjon gitt gjennom media hadde en lavere intensitetsvurdering, høyere responseeffektvurdering og sa seg mer enig i at tid eller penger ville være barrierer for å gjennomføre en vaksinasjon. Motsatt mente de med mer tillit til informasjon gitt gjennom familie/ jevnaldrende at tid og penger ikke ville stå i veien for å vaksinere seg. Videre hadde de med mer tillit til myndighetene en høyere sårbarhetsvurdering og responseeffektvurdering, enn de med mindre tillit. Påvirkningen av de ulike informasjonskildene er knyttet til rollen de enkelte aktørene hadde i prosessen om å gi informasjon om svineinfluensaen.

Argumentet om å la seg vaksinere handler like mye om å beskytte andre mer sårbare som seg selv. Den høye tendensen om optimistisk bias viser også til at folk nettopp ser andre som mer sårbare for å bli rammet av influensa med både vanlige og mer alvorlige komplikasjoner sammenlignet med seg selv. Allikevel er oppslutningen om å la seg vaksinere lav. Er det en mulighet for at optimistisk bias kan være en positiv determinator i en slik sammenheng? Videre studier av beskyttelsesmotivasjonen om å tilegne seg en adaptiv respons under en pandemi må fokusere mer på aspektet om publikums forståelse og vurdering av den kollektive sårbarheten som en påvirkende faktor til atferdsrespons.

Referanseliste

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1977) Attitude- behaviour relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84(5), 888-918
- Bandura, A. (1982) Self- efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147
- Becker, M. H. (1974) The health belief model and personal health behaviour. *Health education*, 2(4)
- Bennett, P. (1999). Understanding responses to risk: some basic findings. P. Bennett & K. Calman (red). *Risk communication and public health*. (s. 3- 19). New York: Oxford university press
- Bennet, P., Calman, K., Curtis, S. & F.Smith, D. (2010). Understanding public responses to risk: policy and practice. P. Bennett, K. Calman, S. Curtis & D. F. -Smith (red.) *Risk communication and public health*. (s.3- 22). New York: Oxford university press.
- Benoit, W. L. & Benoit, P. J. (2008) *Persuasvie messages. The process of influence*. (s. 32- 42) UK: Blackwell publishing
- Brewer, N. T., Chapman, G. B., Gibbons, F. X., Gerrard, M. & McCaul, K. D. (2007). Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behaviour: The example of vaccination. *Health psychology*, 26(2), 136- 145.
- Chapman, G. B. & Coups, E. J. (2006). Emotions and preventive health behaviour: Worry, regret, and influenza vaccination. *Health psychology*, 25(1), 82-90
- Chrysochoidis, G., Strada, A. & Krystallis, A. (2009). Public trust in institutions and information sources regarding risk management and communication: towards integrating extant knowledge. *Journal of risk research* 12(2)
- Earle, T. C. (2004). Thinking aloud about trust: a protocol analysis of trust in risk management. *Risk analysis*, 24, 169- 183
- Earle, T. C., & Cvetkovich, G. (1997). Culture, cosmopolitanism, and risk management. *Risk analysis* 17 (1), 169- 183
- Edwards, W. (1962). Subjective probabilities inferred from decisions. *Psychological review*, 69(2), 109-135
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS (3th ed.)* London: SAGE publications
- Floyd, D. L., Prentice- Dunn, S. & Rogers R. W. (2000) A meta analysis of research on protection motivation theory. *Journal of applied social psychology*, 30(2), 407- 429

- Folkehelseinstituttet. (2010). Tema: Influenza A(H1N1)– svineinfluensa. Hentet fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5565:0:15,5001:1:0:0:::0:0
- Freud, S. (1936). *The problem of anxiety*. New York: Norton
- Freudenberg, W. R., Coleman, C. L., Gonzales, J. & Helgeland, C. (1996). Media coverage of hazard events- analyzing the assumptions. *Risk analysis*, 16, 31- 42
- Frewer, L. J. (2003) Trust, transparency, and social context: implications for social amplification of risk. N. Pidgeon, R. E. Kasperson & P. Slovic (red.) *The social amplification of risk*. (s. 123- 137) UK: Cambridge University press
- Frewer, L. J., Miles, S. & Marsh (2002). The media and genetically modified food: evidence in support of social amplification of risk. *Risk analysis* 22(4), 701- 711
- Gupta, R. K., Toby, M., Bandyopadhyay, G., Cooke, M., Gelb, D. & Nguyen- Van- Tam, J. (2006) Public understanding of pandemics influenza. *Emerging infectious diseases*, 12(10), 1133-1142
- Hamilton, H. & Hunter, J. E. (1998). A framework for understanding: meta analysis of the persuasion literature. M. Allen & R. W. Preiss (red.) *Persuasion. Advances through meta- analysis*.(s. 1- 29) US: Hampton press
- Harris, P. (1996). Sufficient grounds for optimism? The relationship between perceived controllability and optimism bias. *Journal of social and clinical psychology*, 15, 9- 52
- Hayton, J. C., Allen, D. G. & Scarpello, V. (2004). Factor retention decisions in exploratory factor analysis: a tutorial on parallel analysis. *Organizational research methods*, 191(7), s. 1- 16
- Helweg- Larsen, M. & Shepperd, J. A. (2001). Do moderators of the optimistic bias affect personal or target risk estimates? A review of the literature. *Personality and social psychology review*, 5(1), 74- 95
- Hovland, C. I., Janis, I. I. & Kelley, G. H. (1953). *Communication and persuasion. Psychological studies of opinion change*. London: Oxford university press
- Kasperson, R. E., Golding, D. & Tuler, S. (1992). Social distrust as a factor in siting hazardous facilities and communicating risks. *Journal of social issues* 48(4), 161- 187
- Klein, C. T. F. & Helweg- Larsen, M. (2002). Perceived control and the optimistic bias: a meta- analytical review. *Psychology and health*, 17(4), 437-446
- Litchenberg, J. & MacLean D. (1991). The role of media in risk communication. R. E. Kasperson & P. J. M. Stallen (red) *Communicating risks to the public. International perspectives*. Nederland: Kluwer Academic Publishers. s. 157- 173

- Meltzoff, J. (2006) *Critical thinking about research. Psychology and related fields*.
Washington: American psychological Association
- Milne, S., Sheeran, P. & Orbell, S. (2000). Prediction and intervention in health- related behaviour: A meta- analytic review of protection motivation theory. *Journal of applied social psychology*, 30(1), s. 106-143
- Neuwirth, K. & Frederick, E. (2004). Peer and social influence on opinion expression: combining the theories of planned behaviour and the spiral of silence. *Communication research*, 31(6), 669-703
- Norman, P., Boer, H. & Seydel, E. R. (2005). Protection motivation theory. M. Conner & P. Norman. *Predicting health behaviour*. (2. edit.), s. 81- 126 England: Open University press
- Norman, P. & Conner, M. (2005). Predicting and changing behaviour: Future directions. M. Conner & P. Norman. *Predicting health behaviour*. (2. edit.), s. 327-360, England: Open university press
- O`Keefe, D. J. (2002). *Persuasion. Theory and research* (2. edit.). s. 224-229. USA: Sage Publications
- Otten, W. & van der Pligt, J. (1996). Context effects in the measurement of comparative optimism in probability judgements. *Journal of social and clinical psychology*, 15, 80-101
- Parry, S. M., S. Miles, A. Tridente, S. R. Palmer, and the South and East Wales Infectious Disease Group. (2004). Differences in perception of risk between people who have and have not experienced Salmonella food poisoning. *Risk Analysis*, 24, 289– 299
- Peters, R. G., Cavello, V. T. & McCallum, D. B. (1996). The determinants of trust and credibility in environmental risk communication: an empirical study. *Risk Analysis* 17(1), 43- 54
- Petty, R. E. & Cacioppo, J. T. (1986). *Communication and persuasion. Central and peripheral routes to attitude change*.(s. 61- 119) US: Springer- Verlag New York Inc
- Petty, R. E., Briñol, P. & Priester, J. R. (2009). Mass media attitude change: Implications of the elaboration likelihood model of persuasion. (red.) J. Bryant & M. B. Oliver. *Media effects. Advances in theory and research*. (s. 132- 152) US: Taylor & Francis
- Petts, J., Draper, H. Ives, J. & Damery, S. (2010) Risk communication and pandemic influenza. P. Bennett, K. Calman, S. Curtis & D. Fischbacher-Smith (red.) *Risk communication and public health*. (s.147- 162). New York: Oxford university press.

- Pidgeon, N, Kasperson, R. E. & Slovic, P. (2003). The social amplification of risk: assessing fifteen years of research and theory. (Red.) Pidgeon, N, Kasperson, R. E. & Slovic, P. (s. 13- 46). *The social amplification of risk*. UK: Cambridge university press
- Renn, O. (2008). *Risk Governance. Coping with uncertainty in a complex world*. (s. 223- 241) US: Earthscan
- Renn, O. & Levine, D. (1991). Credibility and trust in risk communication. (Red) R. E. Kasperson & Stallen, P. J. M (s. 175- 214). *Communicating risks to the public. Technology, risk and society*. Nederland: Kluwer Academic Publishers
- Rippetoe, P. A. & Rogers, W. R. (1987). Effects of components of protection- motivation theory on adaptive and maladaptive coping with a health threat. *Journal of personality and social psychology*, 52(3), 596- 604
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *The journal of psychology*, 91, 93- 114
- Rogers, R.W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. J. Cacioppo & R. Petty (Eds.), *Social Psychophysiology*. New York: GuilforPress. S. 153- 174
- Rogers, R. W. & Prentice- Dunn, S. (1997). Protection motivation theory. D. S. Gochman. *Handbook of health behaviour research, vol 1. Personal and social determinants*. s. 113- 124. New York: Plenum press
- Rowe, G., Frewer, L. & Sjöberg, L. (2000). Newspaper reporting of hazards in the UK and Sweden. *Public understanding. Sci.* 9, 59- 78
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviours: theoretical approaches and a new model. R. Schwarzer (Eds.) *Self- efficacy. Thought control of action*. (s. 217- 243). Washington , DC: Hemisphere
- Seydel, E., Taal, E. & Wiegman, O. (1990). Risk-appraisal, outcome and self-efficacy expectancies: Cognitive factors in preventive behaviour related to cancer. *Psychology & Health*, 4(2), 99-109
- Shih, T.J., Wijaya, R. & Brossars, D. (2008). Media coverage of health epidemics: Linking framing issue attention cycle toward and integrated theory of print news coverage of epidemics. *Mass communication & society*, 11, 141- 160
- Slovic, P., Finuane, M., Peters, E. & MacGregor, D. G. (2002). The affect heuristic. T. Gilovich, D. Griffin & D. Kahneman (red.), *Heuristics and Biases. The psychology of intuitive judgement*. (s. 397-420). UK: Cambridge university press

- Slovic, P., Finuane, M., Peters, E. & MacGregor, D. G. (2004). Risk as analysis and risk as feelings: some thoughts about affect, reason, risk and rationality. *Risk Analysis*, 24(2), 311- 322.
- Stanley, M. A. & Maddux, J. E. (1986) Cognitive processes in health enhancement: investigation of a combined protection motivation and self- efficacy model. *Basic and applied sovial psychology*, 7 (2), 101- 113
- Stryker, J. E., Moriart, C. M. & Jensen, J. D.(2008). Effects of newspaper coverage on public knowledge about modifiable cancer risks. *Health communication*, 23, 380- 390
- Tversky, A. & Khaneman, D. (2002). Extensional versus intuitive reasoning: The conjunction fallacy in probability judgment. T. Gilovich, D. Griffin & D. Kahneman (red.) *Heuristics and biases. The psychology of intuitive judgment*. (s. 19- 47) US: Cambridge university press
- VG (2009). Svineinfluenzaen- argumentene for og mot vaksinerer. Hentet fra: <http://www.vg.no/helse/svineinfluenza/vaksinebeslutning/>
- Weinstein, N. D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of personality and social psychology*, 39(5), s. 806- 820
- Weinstein, N. D. (1993). Testing four competing theories of health- protective behaviour. *Health Psychology*, 12(4), 324- 333
- Weinstein, N. D. & Klein, M. W. (1995) Resistance of personal risk perceptions to debiasing interventions. T. Gilovich, D. Griffin & D. Khaneman (red) *Heuristics and biases. The psychology of intuitive judgment*. (s. 313- 323) US: Cambridge university press
- Weinstein, N. D., Kwitel, A. McCaul, K. D., Mangnan, R. E., Gerrard, M. & Gibbons, F. X. (2007) Risk perceptions: assessment and relationship to influenza vaccination. *Health Psychology*, 26(2), 146-151
- Weinstein, N. D. & Nicolich, M. M. (1993) Correct and incorrect interpretations of correlations between risk perception and risk behaviours. *Health psychology*, 12(3), 235- 245
- Weinstein, N. D. & Klein, W. M. (1996) Unrealistic optimism: present and future. *Journal of social and clinical psychology*, 15, s. 1- 8
- World Health Organization (2010) Situation updates- Pandemic (H1N1). Hentet fra: <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/updates/en/index.html>
- Zwick, W. R. & Velicer, W. F. (1986). Comparison of five rules for determining the number of components to retain. *Psychological bulletin*, 99(3), s. 432- 442

Vedlegg 1 Test av måleinstrumenter for BM**Tabell 1.1a** Intensitet SI, korrelasjonsmatrise (N= 493)

	Intens SI a	Intens SI b	Intens SI c	Intens SI d:
Intens SI a	1.000	.208 (.<001)	.231 (.<001)	.134 (.001)
Intens SI b	.208 (.<001)	1.000	.302 (.<001)	.210 (.<001)
Intens SI c	.231 (.000)	.302 (.<001)	1.000	.158 (.<001)
Intens SI d	.134 (.<001)	.210 (.<001)	.158 (.<001)	1.000

Tabell 1.1b Intensitet SI. Hovedkomponentanalyse med eigenverdi >1, Cronbach`s α og gjennomsnittskårer (N= 493)

Indikator	Faktor ladning	h ²	Corrected item-total correlation	Cronbach`s α if item deleted	M (SD)
Intens SI a	.71	.36	.28	.46	4.30 (1.59)
Intens SI b	.69	.50	.35	.39	2.73 (1.56)
Intens SI c	.60	.48	.34	.40	3.60 (1.36)
Intens SI d	.54	.29	.24	.49	2.16 (1.40)
Eigenvalue	1.63				
% forklart varians	40.78				
KMO	.65				
Bartlett`s test	$\chi^2 (6) = 114.75, p < .001$				
Cronbach`s α	.51				
Total M (SD)	3.20 (.95)				

Tabell 1.2a Sårbarhet SI, korrelasjonsmatrise (N= 489)

	Sårbar SI a	Sårbar SI b	Sårbar SI c neg	Sårbar SI d neg
Sårbar SI a	1.000	.053 (.121)	.133 (.002)	.132 (.002)
Sårbar SI b	.053 (.121)	1.000	.155 (.<001)	.038 (.200)
Sårbar SI c neg	.133 (.002)	.155 (.<001)	1.000	.240 (.<001)
Sårbar SI d neg	.132 (.002)	.038 (.200)	.240 (.<001)	1.000

Tabell 1.2b Sårbarhet SI. Hovedkomponentanalyse med eigenverdi >1, Cronbach`s α og gjennomsnittskårer (N= 489)

Indikator	Faktor ladning	h ²	Corrected item-total correlation	Cronbach`s α if item deleted	M (SD)
Sårbar SI a	.52	.27	.16	.34	2.60 (1.42)
Sårbar SI b	.42	.17	.13	.38	2.64 (1.55)
Sårbar SI c neg	.73	.53	.29	.19	3.87 (1.77)
Sårbar SI d neg	.65	.43	.22	.28	5.26 (1.51)
Eigenvalue	1.40				
% forklart varians	34.93				
KMO	.56				
Bartlett`s test	$\chi^2 (6) = 55.16, p < .001$				
Cronbach`s α	.37				
Total M (SD)	3.59 (.93)				

Tabell 1.3a Intensitet VA, korrelasjonsmatrise (N=492)

	Intens VA a	Intens VA b	Intens VA c neg	intens VA d
Intens VA a	1.000	.390 (.<001)	.197 (.<001)	.344 (.<001)
Intens VA b	.390 (.<001)	1.000	.280 (.<001)	.224 (.<001)
Intens VA c neg	.197 (.<001)	.280 (.<001)	1.000	.024 (.301)
Intens VA d	.344 (.<001)	.224 (.<001)	.024 (.301)	1.000

Tabell 1.3b Intensitet VA. Hovedkomponentanalyse med eigenverdi > 1 og varimax rotasjon, Cronbach`s α (N= 492)

Indikator	Faktor ladning 1	Faktor ladning 2	h ²	Corrected item-total correlation	Cronbach`s α if item deleted
Intens VA a	.72	.34	.63	.47	.40
Intens VA b	.48	.60	.60	.46	.42
Intens VA c neg	-.06	.79	.79	.23	.59
Intens VA d	.85	.74	.74	.29	.55
Eigenvalue	1.48	1.29			
% forklart varians	36.95	32.15			
KMO	.63				
Bartlett`s test	$\chi^2 (6) = 194.63, p < .001$				
Cronbach`s α	.57				

Tabell 1.3c Intensitet VA, korrelasjonsmatrise (N=496)

	Intens VA a	Intens VA b	Intens Va d
Intens VA a	1.000	.380 (.<001)	.343 (.<001)
Intens VA b	.380 (.<001)	1.000	.225 (.<001)
Intens VA d	.343 (.<001)	.225 (.<001)	1.000

Tabell 1.3d Intensitet VA. Hovedkomponentanalyse med eigenverdi >1, Cronbach`s α og gjennomsnittskårer (N= 496)

Indikator	Faktor ladning	h ²	Corrected item-total correlation	Cronbach`s α if item deleted	M (SD)
Intens VA a	.80	.64	.46	.36	3.94 (1.75)
Intens VA b	.72	.52	.38	.50	3.78 (1.62)
Intens VA d	.69	.47	.34	.55	4.66 (1.43)
Eigenvalue	1.64				
% forklart varians	54.54				
KMO	.61				
Bartlett`s test	$\chi^2 (6) = 144.46, p < .001$				
Cronbach`s α	.58				
Total M (SD)	4.13 (1.19)				

Tabell 1.4a Sårbarhet VA, korrelasjonsmatrise (N=488)

	sårbar VA a	sårbar VA b	sårbar VA c neg	sårbar VA d
sårbar VA a	1.00	.123 (.003)	.165 (.<001)	.324 (.<001)
sårbar VA b	.123 (.003)	1.000	-.065 (.075)	.156 (.<001)
sårbar VA c neg	.165 (.<001)	-.065 (.075)	1.000	.267 (.<001)
sårbar VA d	.324 (.<001)	.156 (.<001)	.267 (.<001)	1.000

Tabell 1.4b Sårbarhet VA. Hovedkomponentanalyse med eigenverdi > 1 og varimax rotasjon, Cronbach's α (N= 488)

Indikator	Faktor	Faktor	h ²	Corrected item- total correlation	Cronbach's α if item deleted
	ladning 1	ladning 2			
Sårbarhet VA a	.70	.17	.51	.33	.33
Sårbarhet VA b	.23	.86	.80	.10	.50
Sårbarhet VA c	.63	-.53	.67	.23	.43
Sårbarhet VA d	.78	.09	.62	.41	.20
Eigenvalue	1.54	1.06			
% forklart varians	38.62	26.55			
KMO	.57				
Bartlett's test	$\chi^2(6) = 114.91, p < .001$				
Cronbach's α	.46				

Tabell 1.4c Sårbarhet VA, korrelasjonsmatrise (N=488)

	Sårbar VA a	Sårbar VA c neg	Sårbar VA d
Sårbar VA a	1.000	.165 (.<001)	.324 (.<001)
Sårbar VA c neg	.165 (.<001)	1.000	.267 (.<001)
Sårbar VA d	.324 (.<001)	.267 (.<001)	1.000

Tabell 1.4d Sårbarhet VA. Hovedkomponentanalyse med eigenverdi >1, Cronbach's α og gjennomsnittskårer (N=488)

Indikator	Faktor ladning	h ²	Corrected item- total correlation	Cronbach's α if item deleted	M (SD)
Sårbarhet VA a	.70	.49	.31	.42	1.72 (1.21)
Sårbarhet VA c neg	.64	.41	.27	.47	5.03 (1.50)
Sårbarhet VA d	.78	.61	.38	.28	2.76 (1.66)
Eigenvalue	1.51				
% forklart varians	50.30				
KMO	.58				
Bartlett's test	$\chi^2(3) = 93.20, p < .001$				
Cronbach's α	.50				
Total M (SD)	3.16 (.82)				

Tabell 1.5a Responseeffekt, korrelasjonsmatrise (N=492)

	Respons a	Respons b	Respons c	Respons d neg
Respons a	1.000	.491 (.<001)	.441 (.<001)	.325 (.<001)
Respons b	.491 (.<001)	1.000	.409 (.<001)	.249 (.<001)
Respons c	.441 (.<001)	.409 (.<001)	1.000	.242 (.<001)
Respons d neg	.325 (.<001)	.249 (.<001)	.242 (.<001)	1.000

Tabell 5.2b Responseeffekt. Hovedkomponentanalyse med eigenverdi >1, Cronbach`s α og gjennomsnittskårer (N=492)

Indikator	Faktor ladning	h ²	Corrected item-total correlation	Cronbach`s α if item deleted	M (SD)
Respons a	.81	.65	.57	.56	4.75 (1.52)
Respons b	.76	.58	.51	.60	4.41 (1.64)
Respons c	.73	.54	.48	.62	5.14 (1.76)
Respons d neg	.57	.33	.34	.70	4.09 (1.74)
Eigenvalue	2.10				
% forklart varians	52.46				
KMO	.73				
Bartlett`s test	$\chi^2 (6) = 335.78, p < .001$				
Cronbach`s α	.69				
Total M (SD)	4.60 (1.20)				

Tabell 1.6a Mestringstro, korrelasjonsmatrise (N=484)

	Mestring a	Mestring neg	Mestring c neg	Mestring d neg	Mestring e
Mestring a	1.000	.119 (.004)	.249 (.<001)	.011 (.405)	-.037 (.209)
Mestring b neg	.119 (.004)	1.000	.334 (.<001)	.030 (.254)	-.105 (.010)
Mestring c neg	.249 (.<001)	.334 (.<001)	1.000	.008 (.430)	-.080 (.039)
Mestring d neg	.011 (.405)	.030 (.254)	.008 (.430)	1.000	.037 (.206)
Mestring e	-.037 (.209)	-.105 (.010)	-.080 (.039)	.037 (.206)	1.000

Tabell 1.6b Mestringstro. Hovedkomponentanalyse med eigenverdi > 1 og varimax rotasjon, Cronbach's α (N= 484)

Indikator	Faktor	Faktor	h ²	Corrected item- total correlation	Cronbach's α if item deleted
	ladning 1	ladning 2			
Mestring a	.58	.06	.06	.17	.13
Mestring b neg	.70	-.09	-.09	.20	.13
Mestring c neg	.78	-.06	-.06	.22	.05
Mestring d neg	.17	.79	.66	.03	.28
Mestring e	-.21	.63	.44	-.07	.32
Eigenvalue	1.50	1.04			
% forklart varians	30.04	20.84			
KMO	.57				
Bartlett's test	$\chi^2 (10) = 96.37, p < .001$				
Cronbach's α	.23				

Tabell 1.6c Mestringstro, korrelasjonsmatrise (N= 490)

	Mestring a	Mestring b neg	Mestring c neg
Mestring a	1.000	.118 (.005)	.246 (.<001)
Mestring b neg	.118 (.005)	1.000	.335 (.<001)
Mestring c neg	.246 (.<001)	.335 (.<001)	1.000

Tabell 1.6d Mestringstro. Hovedkomponentanalyse med eigenverdi >1, Cronbach's α og gjennomsnittskårer (N=490)

Indikator	Faktor ladning	h ²	Corrected item- total correlation	Cronbach's α if item deleted	M (SD)
Mestring a	.58	.34	.24	.47	5.75 (1.81)
Mestring b neg	.71	.50	.29	.39	6.48 (1.22)
Mestring c neg	.80	.64	.37	.20	5.50 (1.88)
Eigenvalue	1.48				
% forklart varians	49.23				
KMO	.55				
Bartlett's test	$\chi^2 (3) = 89.15, p < .001$				
Cronbach's α	.46				
Total M (SD)	5.88 (1.16)				

Vedlegg 2 Felles faktoranalyse av BM**Tabell 2.1** Parallell analyse med 21 variabler og 1000 parallellforsøk

Faktor	Tilfeldig Eigenverdi	Standardavvik
1	1.4006	.0387
2	1.3299	.0277
3	1.2769	.0245
4	1.2316	.0218
5	1.1907	.0195
6	1.1526	.0183
7	1.1170	.0183
8	1.0826	.0168
9	1.0506	.0169
10	1.0176	.0159
11	.9865	.0158
12	.9569	.0160
13	.9260	.0162
14	.8960	.0162
15	.8667	.0168
16	.8363	.0165
17	.8056	.0171
18	.7745	.0176
29	.7411	.0187
20	.7033	.0202
21	.6569	.0262

Tabell 2.2 Korrelasjonsmatrise over beskyttelsesmotivasjon dimensjonene (N=462)

	1	2	3	4	5
1	1.000	-.057	.070	-.196	.242
2	-.057	1.000	-.049	-.147	-.008
3	.070	-.049	1.000	.011	.068
4	-.196	-.147	.011	1.000	-.072
5	.242	-.008	.068	-.072	1.000

Vedlegg 3 Test av måleinstrumenter for tillit

Tabell 3.1a Tillit til universitet/ høyskole. Korrelasjonsmatrise (N=494)

	Tillit1a	Tillit 1b	Tillit 1c	Tillit 1d	Tillit 1e
Tillit1a	1.000	.484 (.<001)	.539 (.<001)	.392 (.<001)	.556 (.<001)
Tillit 1b	.484 (.<001)	1.000	.466 (.<001)	.374 (.<001)	.656 (.<001)
Tillit 1c	.539 (.<001)	.466 (.<001)	1.000	.418 (.<001)	.575 (.<001)
Tillit 1d	.392 (.<001)	.374 (.<001)	.418 (.<001)	1.000	.467 (.<001)
Tillit 1e	.556 (.<001)	.656 (.<001)	.575 (.<001)	.467 (.<001)	1.000

Tabell 3.1b Tillit til universitet/ høyskole. Hovedkomponentanalyse med eigenverdi > 1, Cronbach`s α og gjennomsnittskårer (N=494)

Indikator	Faktor ladning	h^2	Corrected item-total correlation	Cronbach`s α if item deleted	$M (SD)$
Tillit 1a	.77	.60	.62	.79	4.27(1.54)
Tillit 1b	.78	.61	.62	.79	4.85 (1.42)
Tillit 1c	.78	.61	.63	.78	4.03 (1.44)
Tillit 1d	.66	.44	.51	.82	4.58 (1.51)
Tillit 1e	.86	.73	.74	.76	5.05 (1.25)
Eigenverdi	2.99				
% forklart varians	59.71				
KMO	.83				
Bartlett`s test	$\chi^2 (10) = 881.23, p < .001$				
Cronbach`s α	.83				
Total $M (SD)$	4.56 (1.10)				

Tabell 3.2a Tillit til fhi.no, pandemi.no og/eller who.org. Korrelasjonsmatrise (N= 489)

	Tillit 2a	Tillit 2b	Tillit 2c	Tillit 2d	Tillit 2e
Tillit2a	1.000	.521 (.<001)	.575 (.<001)	.420 (.<001)	.596 (.<001)
Tillit 2b	.521 (.<001)	1.000	.491 (.<001)	.397 (.<001)	.615 (.<001)
Tillit 2c	.575 (.<001)	.491 (.<001)	1.000	.392 (.<001)	.592 (.<001)
Tillit 2d	.420 (.<001)	.397 (.<001)	.392 (.<001)	1.000	.459 (.<001)
Tillit 2e	.596 (.<001)	.615 (.<001)	.592 (.<001)	.459 (.<001)	1.000

Tabell 3.2b Tillit til fhi.no, pandemi.no og/eller who.org. Hovedkomponentanalyse med eigenverdi > 1, Cronbach`s α og gjennomsnittskårer (N= 489)

Indikator	Faktor ladning	h^2	Corrected item-total correlation	Cronbach`s α if item deleted	$M (SD)$
Tillit 2a	.81	.65	.67	.79	5.92 (1.21)
Tillit 2b	.78	.61	.63	.80	5.13 (1.56)
Tillit 2c	.79	.62	.64	.79	5.72 (1.30)
Tillit 2d	.66	.44	.51	.83	5.27 (1.51)
Tillit 2e	.85	.72	.73	.77	5.80 (1.30)
Eigenverdi	3.04				
% forklart varians	60.77				
KMO	.85				
Bartlett`s test	$\chi^2 (10)=898.11, p < .001$				
Cronbach`s α	.83				
Total $M (SD)$	5.56 (1.07)				

Tabell 3.3a Tillit til Tv og/eller radio. Korrelasjonsmatrise (N=496)

	Tillit 3a	Tillit 3b	Tillit 3c	Tillit 3d	Tillit 3e
Tillit 3a	1.000	.579 (.<001)	.386 (.<001)	.475 (.<001)	.595 (.<001)
Tillit 3b	.579 (.<001)	1.000	.396 (.<001)	.450 (.<001)	.649 (.<001)
Tillit 3c	.386 (.<001)	.396 (.<001)	1.000	.314 (.<001)	.473 (.<001)
Tillit 3d	.475 (.<001)	.450 (.<001)	.314 (.<001)	1.000	.509 (.<001)
Tillit 3e	.595 (.<001)	.649 (.<001)	.473 (.<001)	.509 (.<001)	1.000

Tabell 3.3b Tillit til tv og/eller radio. Hovedkomponentanalyse med eigenverdi > 1, Cronbach`s α og gjennomsnittskårer (N= 496)

Indikator	Faktor ladning	h^2	Corrected item-total correlation	Cronbach`s α if item deleted	$M (SD)$
Tillit 3a	.86	.64	.66	.77	3.51 (1.26)
Tillit 3b	.82	.67	.67	.77	2.93 (1.34)
Tillit 3c	.80	.42	.48	.82	4.62 (1.39)
Tillit 3d	.71	.50	.55	.81	2.99 (1.43)
Tillit 3e	.64	.73	.73	.75	3.38 (1.33)
Eigenverdi	2.96				
% forklart varians	59.10				
KMO	.84				
Bartlett`s test	$\chi^2 (10)= 863.29, p < .001$				
Cronbach`s α	.82				
Total $M (SD)$	3.49 (1.03)				

Tabell 3.4a Tillit til aviser. Korrelasjonsmatrise (N= 494)

	Tillit 4a	Tillit 4b	Tillit 4c	Tillit 4d	Tillit 4e
Tillit 4a	1.000	.574 (.<001)	.419 (.<001)	.496 (.<001)	.632 (.<001)
Tillit 4b	.574 (.<001)	1.000	.414 (.<001)	.447 (.<001)	.658 (.<001)
Tillit 4c	.419 (.<001)	.414 (.<001)	1.000	.317 (.<001)	.458 (.<001)
Tillit 4d	.496 (.<001)	.447 (.<001)	.317 (.<001)	1.000	.497 (.<001)
Tillit 4e	.632 (.<001)	.658 (.<001)	.458 (.<001)	.497 (.<001)	1.000

Tabell 3.4b Tillit til tillit aviser. Hovedkomponentanalyse med eigenverdi > 1, Cronbach`s α og gjennomsnittskårer (N= 494)

Indikator	Faktor ladning	h^2	Corrected item-total correlation	Cronbach`s α if item deleted	$M (SD)$
Tillit 4a	.86	.67	.68	.77	3.52 (1.29)
Tillit 4b	.82	.66	.67	.78	2.91 (1.35)
Tillit 4c	.81	.43	.49	.83	4.56 (1.42)
Tillit 4d	.71	.50	.55	.81	2.96 (1.43)
Tillit 4e	.65	.73	.73	.76	3.30 (1.33)
Eigenverdi	2.99				
% forklart varians	59.78				
KMO	.84				
Bartlett`s test	$\chi^2 (10)= 891.24, p < .001$				
Cronbach`s α	.83				
Total $M (SD)$	3.45 (1.05)				

Tabell 3.5a Tillit til jevnaldrende og/eller familie. Korrelasjonsmatrise (N=495)

	Tillit 5a	Tillit 5b	Tillit 5c	Tillit 5d	Tillit 5e
Tillit 5a	1.000	.468 (.<001)	.526 (.<001)	.139 (.001)	.607 (.<001)
Tillit 5b	.468 (.<001)	1.000	.453 (.<001)	.090 (.022)	.581 (.<001)
Tillit 5c	.526 (.<001)	.453 (.<001)	1.000	.059 (.094)	.582 (.<001)
Tillit 5d	.139 (.001)	.090 (.022)	.059 (.094)	1.000	.137 (.001)
Tillit 5e	.607 (.<001)	.581 (.<001)	.582 (.<001)	.137 (.001)	1.000

Tabell 3.5b Tillit til jevnaldrende og/eller familie. Hovedkomponentanalyse med eigenverdi > 1, Cronbach's α og gjennomsnittskårer (N=495)

Indikator	Faktor ladning	h^2	Corrected item-total correlation	Cronbach's α if item deleted
Tillit 5a	.81	.65	.63	.68
Tillit 5b	.76	.58	.57	.70
Tillit 5c	.78	.61	.59	.69
Tillit 5d	.21	.05	.13	.82
Tillit 5e	.86	.75	.71	.64
Eigenverdi	2.64			
% forklart varians	52.83			
KMO	.80			
Bartlett's test	$\chi^2(10) = 705.60, p < .001$			
Samlet α	.76			

Tabell 3.5c Tillit til jevnaldrende og/eller familie. Korrelasjonsmatrise (N=496)

	Tillit 5a	Tillit 5b	Tillit 5c	Tillit 5e
Tillit 5a	1.000	.468 (.<001)	.526 (.<001)	.607 (.<001)
Tillit 5b	.468 (.<001)	1.000	.456 (.<001)	.579 (.<001)
Tillit 5c	.526 (.<001)	.456 (.<001)	1.000	.582 (.<001)
Tillit 5e	.607 (.<001)	.579 (.<001)	.582 (.<001)	1.000

Tabell 3.5d Tillit til jevnaldrende og/eller familie. Hovedkomponentanalyse med eigenverdi > 1, Cronbach's α og gjennomsnittskårer (N=496)

Indikator	Faktor ladning	h^2	Corrected item-total correlation	Cronbach's α if item deleted	$M (SD)$
Tillit 5a	.81	.65	.64	.78	3.33 (1.30)
Tillit 5b	.77	.59	.59	.80	3.28 (1.46)
Tillit 5c	.79	.63	.62	.78	3.38 (1.32)
Tillit 5e	.86	.75	.73	.73	3.68 (1.37)
Eigenverdi	2.62				
% forklart varians	65.34				
KMO	.80				
Bartlett's test	$\chi^2(6) = 694.34, p < .001$				
Cronbach's α	.82				
Total $M (SD)$	3.41 (1.10)				

Vedlegg 4 Felles faktoranalyse av tillit**Tabell 4.1** Tillit til ulike kilder. Parallell analyse med 24 variabler og 1000 parallellforsøk

Faktor	Tilfeldig egenverdi	Standardavvik
1	1.4283	.0379
2	1.3589	.0284
3	1.3069	.0238
4	1.2635	.0212
5	1.2230	.0193
6	1.1870	.0178
7	1.1521	.0180
8	1.1196	.0165
9	1.0883	.0168
10	1.0578	.0161
11	1.0276	.0155
12	.9998	.0154
13	.9711	.0144
14	.9433	.0149
15	.9162	.0147
16	.8891	.0145
17	.8620	.0147
18	.8342	.0149
19	.8070	.0156
20	.7777	.0166
21	.7475	.0168
22	.7168	.0176
23	.6826	.0197
24	.6398	.0234

Tabell 4.2 Korrelasjonsmatrise over faktorene for tillit til ulike kilder

	1	2	3	4	5	6
1	1.000	.049	.244	.168	.284	.364
2	.049	1.000	.111	.292	.149	.123
3	.244	.111	1.000	.006	.084	.151
4	.168	.292	.006	1.000	.121	.143
5	.284	.149	.084	.121	1.000	.101
6	.364	.123	.151	.143	.101	1.000

Vedlegg 5 Spørreskjema

SVINEINFLUENSA OG VAKSINERING

SPØRREUNDERSØKELSE

Hensikten med denne undersøkelsen er å studere holdninger til svineinfluensa og vaksinerings, og hvilke faktorer som kan ligge til grunn for valget om å la seg vaksinere eller ikke. Influensaen er nå i tilbakegang, men helsemyndighetene oppfordrer likevel alle om å ta vaksinen for å beskytte seg selv og andre, og for å minske smittepresset i samfunnet.

Det er frivillig å delta i undersøkelsen, og alle som deltar er anonyme. Resultatene vil bli presentert slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes, og de vil bli brukt i min mastergradsoppgave i risikopsykologi, miljø og samfunnssikkerhet ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU).

Jeg setter stor pris på at du er villig til å delta i undersøkelsen. Har du spørsmål, tar du kontakt pr. tlf. 952 82 871.

Vennlig hilsen

Tina Langaas
mastergradsstudent

Christian Klöckner
førsteamanuensis, veileder

Psykologisk institutt



<p>LES DETTE FØR DU STARTER!</p>	<p>Skjemaet skal leses maskinelt. Følg derfor disse reglene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Bruk svart/blå kulepenn. Skriv tydelig, og ikke utenfor feltene. Kryss av slik: <input checked="" type="checkbox"/>.</i> • <i>Feilkryssinger kan annulleres ved å fylle <u>hele</u> feltet med farge. Kryss så i rett felt.</i> • <i>Sett bare ett kryss på hvert spørsmål om ikke annet er oppgitt.</i>
---	---

1. Kjønn: Kvinne... ₁ 2. Fødselsår: 19

Mann..... ₂

3. Hvor stor rolle har følgende informasjonskilder spilt for ditt kjennskap til svineinfluensaen? Skriv 1 i feltet ved informasjonskilden som har hatt *størst betydning* for deg, 2 ved den som har hatt *nest størst betydning* osv., og 5 ved den som har betydd *minst* for deg.

*Skriv bare tallene fra 1 til 5 i feltene.
Bruk hvert tall bare én gang.*

1. Jevnaldrende og/eller familie ⇒

2. Aviser (både på nett og i papirformat) ⇒

3. TV, radio (diskusjonsprogrammer, faktaprogrammer, nyhetssendinger etc.) ⇒

4. Universitetet eller høyskolen (Universitetets/høyskolens hjemmeside, informasjonsoppslag på universitetet/høyskolen, undervisning/diskusjon på universitetet/høyskolen) ⇒

5. Nettsiden til Folkehelseinstituttet (www.fhi.no), nettsiden til helsemyndighetene (www.pandemi.no), nettsiden til Verdens helseorganisasjon (www.who.org) ⇒

Husk: Bare ett kryss på hvert spørsmål.

4. Hvor enig eller uenig er du i at disse informasjonskildene har *høy fagkompetanse* om svineinfluensaen?
- | | Helt uenig | | | | | | Helt enig | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1. Universitetet eller høyskolen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nettsidene www.fhi.no, www.pandemi.no og www.who.org..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. TV, Radio..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Aviser (både på nett og på papir)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Jevnaldrende og/eller familie..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
5. Hvor enig eller uenig er du i at disse informasjonskildene gir *objektiv informasjon* om svineinfluensaen?
- | | Helt uenig | | | | | | Helt enig | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1. Universitetet eller høyskolen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nettsidene www.fhi.no, www.pandemi.no og www.who.org..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. TV, Radio..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Aviser (både på nett og på papir)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Jevnaldrende og/eller familie..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
6. Hvor enig eller uenig er du i at disse informasjonskildene gir *oppdatert informasjon* om svineinfluensaen?
- | | Helt uenig | | | | | | Helt enig | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1. Universitetet eller høyskolen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nettsidene www.fhi.no, www.pandemi.no og www.who.org..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. TV, Radio..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Aviser (både på nett og på papir)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Jevnaldrende og/eller familie..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
7. Hvor enig eller uenig er du i at disse informasjonskildene er *opptatt av din helse*?
- | | Helt uenig | | | | | | Helt enig | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1. Universitetet eller høyskolen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nettsidene www.fhi.no, www.pandemi.no og www.who.org..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. TV, Radio..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Aviser (både på nett og på papir)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Jevnaldrende og/eller familie..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
8. Hvor enig eller uenig er du i at disse informasjonskildene gir *pålitelig informasjon* om svineinfluensaen?
- | | Helt uenig | | | | | | Helt enig | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1. Universitetet eller høyskolen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nettsidene www.fhi.no, www.pandemi.no og www.who.org..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. TV, Radio..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Aviser (både på nett og på papir)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Jevnaldrende og/eller familie..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Husk: Bare ett kryss på hvert spørsmål.

9. Hvor enig eller uenig er du i de følgende påstandene?	Helt uenig						Helt enig
	1	2	3	4	5	6	
1. Faren for at jeg kan få svineinfluensa med alvorlige komplikasjoner er stor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jeg har allergi som gjør gjennomføringen av en vaksinasjon vanskelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg prioriterer ikke å ta vaksinen av økonomiske grunner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Faren for at andre på min alder kan få svineinfluensa med milde symptomer er stor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Generelt er svineinfluensavaksinen trygg for andre på min alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. De kjente bivirkningene for svineinfluensavaksinen kan være en trussel for min allmenne helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Vaksinen kan ha alvorlige bivirkninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jeg får som regel sterke bivirkninger etter en vaksinasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Andre på min alder er spesielt sårbare for svineinfluensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mitt immunforsvar vil beskytte meg mot å få svineinfluensa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hvis jeg tar vaksinen, beskytter jeg mennesker som er mer sårbare mot svineinfluensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Jeg vet hvor jeg kan bli vaksinert.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Faren for at andre på min alder kan få svineinfluensa med alvorlige komplikasjoner er stor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Det er få som har dødd av svineinfluensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Jeg er generelt ikke komfortabel med å ta sprøyte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Jeg er ikke i kontakt med smittede mennesker, og er dermed ikke i fare for å bli smittet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Jeg er bekymret for at en ny bølge med svineinfluensa vil komme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Jeg prioriterer ikke å ta vaksinen fordi jeg har for mye å gjøre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. De fleste opplever kun milde reaksjoner til vaksinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Massevaksinering kan hindre at en ny bølge av svineinfluensa vil oppstå.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Norske helsemyndigheters anbefalte forholdsregler om god hygiene (regelmessig håndvask, desinfisering, nyse i albuen, engangslommetørklær) er ikke praktisk gjennomførbare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Andre tiltak, som god hygiene (regelmessig håndvask, bruk av desinfisering, nyse i albuen, bruke engangslommetørklær), er like effektive som vaksinering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Det er veldig sannsynlig at jeg kan få svineinfluensa om en ny bølge kommer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Svineinfluensa kan forårsake alvorlige helseproblemer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Sammenlignet med andre infeksjonssykdommer er svineinfluensa en mild sykdom ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Svineinfluensavaksinen er mindre trygg enn vaksiner generelt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Faren for at jeg kan få svineinfluensa med milde symptomer er stor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Vaksinasjon er en veldig effektiv måte å beskytte seg på mot pandemisk influensa ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Allergiske reaksjoner til vaksinen kan forårsake alvorlige komplikasjoner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Husk: Bare ett kryss på hvert spørsmål.

10. Har du hatt svineinfluensa?

Ja, bekreftet av lege ₁
 Ja, sannsynligvis, men ikke bekreftet av lege..... ₂

Har hatt influensa/influensalignende symptomer,
 men tror ikke det var svineinfluensa ₃
 Nei, har ikke hatt det..... ₄

11. Har du tatt svineinflusavaksinen?

Ja..... ₁
 Nei..... ₂

Du er i en risikogruppe hvis du ...	
... har en kronisk luftveissykdom	... har kronisk nyresvikt
... har en kronisk hjerte/karsykdom	... har kronisk leversvikt
... har nedsatt forsvar mot infeksjoner	... har kronisk neurologisk sykdom eller skade
... har diabetes	... har svært alvorlig fedme (BMI over 40)
... er gravid	

12. Er du i en av risikogruppene?

Ja..... ₁
 Nei..... ₂

13. Om du ikke har tatt svineinflusavaksinen, planlegger du å ta den? ⇨

Ja, innen de fire neste ukene..... ₁
 Ja, om det kommer en ny influensabølge..... ₂
 Nei, jeg skal ikke ta den..... ₃
 Har ikke bestemt meg ennå..... ₄

14. Hvis du *har tatt vaksinen*, hvor enig eller uenig er du i de følgende påstandene?

	Helt uenig							Helt enig
	1	2	3	4	5	6	7	
1. Jeg tok vaksinen fordi jeg er i en risikogruppe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Jeg tok vaksinen fordi jeg har familie, venner el.l. i en risikogruppe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Jeg tok vaksinen fordi jeg jobber som helsepersonell.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Jeg tok vaksinen fordi jeg generelt ønsker å beskytte meg selv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Jeg tok vaksinen for å bidra til å redusere smittespredningen i samfunnet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

15. Hvis du *vurderer å ta vaksinen*, hvor enig eller uenig er du i de følgende påstandene?

	Helt uenig							Helt enig
	1	2	3	4	5	6	7	
1. Jeg vurderer å ta vaksinen fordi jeg er i en risikogruppe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Jeg vurderer å ta vaksinen fordi jeg har familie, venner el.l. i en risikogruppe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Jeg vurderer å ta vaksinen fordi jeg jobber som helsepersonell.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Jeg vurderer å ta vaksinen fordi jeg generelt ønsker å beskytte meg selv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Jeg vurderer å ta vaksinen for å bidra til å redusere smittespredningen i samfunnet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Har du en kommentar om denne undersøkelsen, eller om svineinfluensa og vaksiner, kan du skrive her. ↴